

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1913-1914. — N° 90

LES
Péritonites
 Puerpérales

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Mardi 23 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaspard J. M. NAZ

né à Samoens (Haute-Savoie), le 26 Avril 1883



Imprimerie COLOMBIER

30, Rue des Maisons-Neuves. — VILLEURBANNE

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1913-1914. — N° 90

LES
Péritonites
 Puerpérales

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Mardi 23 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaspard J. M. NAZ

né à Samoens (Haute-Savoie), le 26 Avril 1883



Imprimerie COLOMBIER
30, Rue des Maisons-Neuves. — VILLEURBANNE
1913

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. COURMONT..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		X....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....		X....
Clinique des maladies mentales.....		FABRE
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		LÉPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....		POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle et médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée..		LESEUR.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		COURMONT (P.).
Pharmacologie.....		Etienne MARTIN .
		COUROMONT (J.)
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VAILLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégué.
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARJET.	—
Anatomie topographique.....	PATEL.	—
Botanique.....	BRETIN	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD	—
Clinique infantile.....	MOURIQUAND.	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Luc.)
NEVEU-LÉNAIRE	LERICHE	GUILLEMARD.	PIERY.
LAROYENNE.	THEVENOT Léon	POLLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE	SAVY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. M. POLLOSSON président ;

M. VILLARD, assesseur ; MM. LAROYENNE et DUROUX agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Ce travail est dédié en marque d'affec-
tion profonde, de reconnaissance
pour les sacrifices qu'ils se sont im-
posés, les soins dont ils m'entou-
rèrent.*

A MON FRÈRE

*En témoignage de notre amitié, des
joies et des peines que nous avons
toujours partagées.*

A mes cousins M. A. CHABERT, Médecin principal
de l'armée, en retraite et M. Ernest CHABERT,
Avocat à la Cour d'Appel de Chambéry.

*Pour les témoignages d'affection qu'ils
nous ont toujours prodigués.*

A la Mémoire de mon Maître, le Professeur
JABOULAY.

*Qui nous a dirigé par ses conseils,
donné des marques de sa bonté
dans de douloureuses circonstances.
Il devait nous assister dans notre
dernier acte de vie d'étudiant. Nous
conserverons de lui un souvenir
ineffaçable.*

A Monsieur le Professeur Agrégé PATEL
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

*Qu'il soit assuré de notre reconnais-
sance et de notre dévouement pour
sa profonde affection et le bien qu'il
nous a fait.*

A Monsieur le Docteur PLANCHU
MÉDECIN ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

*Nous avons été son externe. Il nous a
donné le sujet de notre thèse. Pour
sa rédaction nous avons fait appel
à ses connaissances. Qu'il veuille
bien accepter nos remerciements.*

A MON PRÉSIDENT, Monsieur le Professeur
Maurice POLOSSON, qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider notre thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé BÉRARD
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

*Comme externe et durant deux semes-
tres comme interne nous avons sui-
vi son enseignement hospitalier.
Nous le prions d'agréer nos remer-
ciements et de croire à nos senti-
ments de respectueuse gratitude*

A MES JUGES

A tous mes amis, aux Docteurs Perret de Bourg.
Perret de Romans. Puillet, aux étudiants Savoyards
transplantés à Lyon. Avec les uns nous avons par-
tagés les mêmes services hospitaliers ; Avec les
autres dans de douces rencontres nous avons rêvé
et parlé de notre pays.

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. JABOULAY, GAYET, LECLERC, PLAUCHU,
PIC, PATEL, BÉRARD, TIXIER, LÂNNOIS,
VIGNARD, LAROYENNE, CHATAIN, PEHU.

A MES MAÎTRES A LA FACULTÉ

(Médecine opératoire)

M. le Professeur M. POLLOSSON

M. le Professeur Agrégé TIXIER

DU MÊME AUTEUR

Drainage transthoracique pour une pleurésie purulente. Société nationale de Médecine de Lyon, 29 novembre 1909.

Cancer sténosant situé au dessous de l'angle droit du colon, corps étrangers intestinaux. Resection du du colon ascendant et de l'angle droit du colon. Société nationale de Médecine de Lyon, 31 janvier 1910.

Un cas de luxation de l'avant pied simulant un pied tabétique. Société nationale de Médecine de Lyon, 14 février 1910.

Syphilis et cancer phagédénique de la verge, Société nationale de Médecine de Lyon, 28 février 1910.

Fracture du crâne Hématome sus dure-mérien. Trépanation large occipito pariétale gauche guérison, Société nationale de Médecine de Lyon, 7 mars 1910.

Tumeur mixte de la cuisse développée aux dépens de la gaine lamelleuse du nerf sciatique. Société des sciences médicales 1910.

Abces cérébral d'origine otitique, Société nationale de médecine, 30 janvier 1911.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DÉFINITION DU SUJET

De nombreuses discussions se sont élevées au sujet de ce qu'on devait entendre par « peritonites puerpérales ». Aussi, nous croyons, devoir dès le début de notre travail, définir ce qui doit être compris sous ce nom.

En 1903 Doléris (Annales de gynécologie et d'obstétrique) reprenant les idées émises au Congrès de Madrid, s'élève contre les auteurs qui admettent comme identique la puerpéralité « post partum », la seule vraie d'après lui et la puerpéralité postabortum ».

En 1905, à la séance de la société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, Lepage répondait à Sourdille, présentant cinq cas d'infection puerpérale chirurgicalement traitées par la laparotomie (quatre cas post abortum, un post partum) qu'une distinction était à faire, parce qu'une différence essentielle existait entre les deux infections (Sourdille, revue de gynécologie 1905). Pour Lepage, dans l'infection post abortum, des accidents locaux de pelvi-péritonite se produiraient, lorsqu'au contraire dans l'in-

fection post partum, quand la péritonite se déclare, elle se généraliserait très vite et serait au dessus de toutes les ressources dont nous disposons.

Pour nous, nous admettrons la façon de voir de notre Maître, M. le Docteur Plauchu, médecin accoucheur des Hôpitaux. Nous comprenons le sujet : péritonites puerpérales, comme « péritonites dans la puerpéralité ».

La définition de Budin et Demelin, nous paraît excellente et réaliser la conception de toute définition, puisqu'elle s'adresse : toti définito et soli définito.

L'Infection puerpérale, s'entend de « *toutes maladies qui résultent de l'innoculation septique des placés de l'appareil génital au moment de l'accouchement et de l'avortement.* » (Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement.)

Nous basant sur cette définition, tranchant une fois pour toute cette discussion stérile et inutile entre ces deux états identiques, puisque dans les deux cas il y a plaie de l'appareil génital et qu'il n'y a qu'une question de surface cruentée et infectée, nous décrirons les péritonites post partum et post abortum.

Allant plus loin encore, et non content de ces deux étiologies nous ferons entrer dans notre sujet, des péritonites puerpérales reconnaissant d'autres causes.

C'est ainsi que nous envisagerons la péritonite consécutive à une opération césarienne. C'est une péritonite simple opératoire, dira t'on. Objection

dont nous reconnaissons la valeur, mais si c'est une simple péritonite opératoire, du fait de l'état de l'utérus, le traitement pourra être intéressant à instituer, ce qui nous paraît une raison suffisante pour que nous l'envisagions.

Les péritonites dues à une rupture de Kyste ovarique, aux ruptures utérines, à une rupture de pyosalpinx, pendant l'état purpéral trouveront aussi une place dans notre travail.

Pour conclure répétons encore que les péritonites puerpérales doivent être comprises dans le sens le plus large et que dans l'intérêt de la clarté, il vaudrait mieux dire : Des péritonites dans la puerpéralité qu'elles soient localisées ou généralisées.

APERCU HISTORIQUE

L'historique de la péritonite puerpérale ne lui appartient pas en propre. La péritoine a une façon commune de réagir quelque soit le mode d'innoculation, qu'elle que soit la cause de son infection. Le principe du traitement est le même, quelle que soit la péritonite, quelle que soit l'affection qui l'ait engendrée. C'est dire que dans cet exposé de la péritonite puerpérale, à travers le temps, souvent nous empièterons sur l'historique des autres péritonites, souvent nous citerons des auteurs, des travaux à côté du sujet péritonites puerpérales, parce que ou comme étiologie ou comme symptomatologie, ou comme traitement ou pour tout autre raison les cas sont connexes et ont bénéficiés les uns des autres.

Si nous consultons les travaux des vieux auteurs, nous voyons que la péritonite puerpérale était jadis une des complications les plus fréquentes de la puerpéralité, aussi l'histoire de la péritonite puerpérale et l'histoire de la puerpéralité sont elles proches parentes et leur historique a bien des points communs.

Le vieil axiome : « ubi pus, ibi evoacua » avait tout d'abord dans les cas de péritonites frappé les auteurs les plus anciens et dans ce but, Paul d'Egine déjà, avait connu et pratiqué la colpotomie. Guillemeau, en 1643, dans son traité d'accouchements, conseille d'intervenir par le vagin. Callisen, Macarn, cent ans plus tard, pratiquent eux aussi la taille vaginale.

Récamier en 1841, inspire un travail à Bourdon, sur la colpotomie, pour vider les collections bombant dans le cul de sac de Douglas.

A cette date, malgré l'article de Bourdon, conseillant systématiquement la colpotomie, un retour en arrière en faveur d'un moyen plus aveugle et moins scientifique, fait par Chanel, qui préconise la ponction abdominale. Chanel fut suivi en cela par Hervieux, J. Guérin et Feréol.

La voie vaginale redevient en faveur grâce à Graux.

Demarquay en 1850 perfectionna l'outillage destiné à colpotomiser. Rappelons dès maintenant l'outillage de Laroyenne, un des plus fervents partisans de la colpotomie.

En 1861 De Laplagne fait une laparotomie avec Netter.

Les chirurgiens se font plus franchement interventionnistes, en 1875. Ils abandonnent cette chirurgie aveugle que personnifiait et la colpotomie et la ponction abdominale, ils laparotomisent.

Truc passe sa thèse d'agrégation en 1886. L'auteur y montre qu'il faut être interventionniste et depuis cette époque les différents opérateurs tant français

qu'étrangers ont l'air de se ranger franchement à cette manière de voir. Les travaux se succèdent alors nombreux, marquant tous un léger perfectionnement et nous amènent insensiblement à la chirurgie actuelle du péritoine.

En 1886 Schultze et Skutsch a Iéna font des hystérectomies.

En 1888 Rosseburg fait des hystérectomies vaginales pour des retentions placentaires. La même année, Lawson Tait rapporte un cas de péritonite généralisée, guérie par la laparotomie et le drainage sur quatre cas qu'il a traités de cette façon.

Au Congrès français de Chirurgie de 1889 Bouilly met la question au point par son rapport sur le traitement chirurgical de la péritonite. Il nous y relate six cas de péritonites généralisées, opérées avec deux guérisons et quatre morts. Cet auteur fait une petite incision sous ombilicale, lave, draine et dit que dans les cas de péritonites puerpérales tout est permis puisque la mort est absolument fatale. Cette manière d'envisager la question fut unanimement, ou presque, partagée par les différents auteurs. Il n'y avait en effet qu'à voir les tristes résultats fournis par le traitement médical, utérin, par l'expectative pour être convaincu. Aussi voyons nous des cliniciens tels que Lucke de Strasbourg, Besnier, Chappel, Woodvod, Von Hüge, intervenir et nous rapporter des succès.

Price, Gordon, préconisent dans le cas de péritonite l'ablation des annexes et rapportent des cas de guérison en 1890.

En 1894, tant en France qu'en Amérique, on rap-

porte des interventions. C'est Tarnier qui sur quatorze interventions, rapporte six guérisons. Ce sont Sippel, Goldsbroug, Davis, Peterson, Boldy, Robinson Tuttle et Holmes qui font et prêchent pour l'Hystérectomie.

Smith de Montréal, Duff, Noble, Peterson, qui sont partisans déclarés de l'intervention, sont combattus par Price et Da Costa.

Carpentier et Vineberg publient deux cas heureux d'Hystérectomie en 1896.

De 1897 à 1899, la société de chirurgie de Paris discute le traitement des péritonites, Forgeu montre combien mieux vaut intervenir.

Tuffier, qui inspiré sa thèse à son élève Bonamy, préconise l'hystérectomie dans l'infection puerpérale et à cette époque on ne savait s'il fallait ou non faire l'hystérectomie dans les cas de péritonite. Il y avait autant de partisans que d'abstentionistes.

Au congrès Allemand de chirurgie de 1897 les incisions nombreuses, les drainages multiples sont pronés.

Un progrès considérable est malgré tout réalisé dès ce moment là dans le traitement des péritonites.

Une chose capitale est alors admise : la péritonite est curable chirurgicalement, on ne doit pas rester les bras croisés. L'accord n'est pas parfait au point de vue de l'intervention, autant d'auteurs autant d'idées différentes. Comme traitement post opératoires la même confusion règne : les uns lavent, les autres drainent, d'autres ferment sans aucun drainage.

Citons d'abord en 1901, les cas de Krecke et

Winckel rapportés dans le travail de Wilisch, les cas de Bumm et les huit succès rapportés par Budin et Brindeau ; encore parmi les auteurs français Porak, Guéniot.

En 1903, Syppel publie un travail pour montrer qu'il faut intervenir.

Botquel d'Angers, la même année va plus loin et préconise la laparotomie dans l'infection puerpérale devançant Léon Sourdille, qui en 1905 soutiendra les mêmes idées.

En 1901, la société obstétricale de Paris et la société de Chirurgie abordent la discussion de l'intervention dans l'infection puerpérale et tandis que la majorité des chirurgiens à bon droit se déclaraient pour, les accoucheurs étaient plutôt nettement défavorables à l'acte opératoire.

En 1901 la thèse de Benoist où l'auteur s'inspire des idées de Manclaire et préconise l'hystherectomie dans l'infection puerpérale.

En 1902-1903, au congrès international d'obstétrique et de chirurgie tenu à Rome Fehling, Léopold, Treub, Tuffier, Freund lisent leur rapport et Freund conclut à l'hystorotomie dans l'infection puerpérale, à moins qu'il ne s'agisse de septicémie généralisée, auquel cas on doit s'abstenir.

En 1903, au congrès international de Madrid, Pinard seul demande l'intervention chirurgicale et réédite les conclusions du Congrès de Rome.

La thèse de Mouchotte en 1903, réunit ce qui s'était dit sur l'Hystérectomie dans l'infection puerpérale post abatum.

En 1905, Ricou, Carnus, Galland apportent aussi dans leur thèse de nouveaux cas d'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

Maclairé, à l'occasion de la communication de Sourdille en 1905, montre ce que l'intervention peut donner dans l'infection puerpérale et amène l'exposé des idées de Lepage qui différencie les cas post partum et post abortum, et fait connaître par Doléris les excellents résultats qu'il a obtenus.

Boldt en 1905, rapporte à la société obstétricale de New-York, un cas d'hystérectomie vaginale pour un cas de péritonite purulente post abortum et conseille l'hystérectomie vaginale.

A cette même date Bumm et Kownatski insistent fortement sur la nécessité de l'intervention rapide, intervention qui doit se faire avant l'apparition des vomissements fécaloïdes. Il faut, disent-ils, laparotomiser, drainer sans laver.

Christeanu, la même année encore, préconise l'hystérectomie mais spécifie qu'on doit la faire surtout dans les infections puerpérales.

Doléris en 1906, prescrit l'attente et parle du traitement chirurgical comme devant être rare et comme d'une affaire de sens clinique, de tact, d'expérience.

C. Jeannin, dans l'obstétrique, réunit à peu près tout ce qui concerne les péritonites puerpérales dans un article très documenté. Il inspire la thèse de Masure sur ce sujet et préconise le drainage abdomino vaginal.

De 1906 à 1912, Delettrez (congrès de l'association française de chirurgie) Tissier et Vezard, Lotzka de

Vienne, Sinclair, Stewart, Henkel (1908) préconisent tous l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

Madame Natanson-Rapport en 1909 reconnaît que les indications de l'hystérectomie sont difficiles à déterminer.

Koblanck préconise l'opération large, l'hystérectomie à la société d'obstétrique et de chirurgie de Berlin. Veit est à peu de chose près de son avis.

Pour une péritonite consécutive à un avortement Brindeau et Chiriac rapportent un cas d'hystérectomie vaginale et de guérison,

Rappelons enfin en 1911, la thèse de Adde, inspirée par le professeur agrégé Leriche, où se trouvent deux observations personnelles d'hystérectomie vaginale dont une pour péritonite. Citons en 1912, la thèse considérable d'Arnaud qui met au point l'état actuel du traitement des péritonites diffuses.

Nous avons envisagé la question technique, opératoire elle-même l'hystérectomie vaginale et la colpotomie suivie de drainage. Malgré tout, les succès opératoires étaient peu nombreux. Ses auteurs ne connaissaient pas ou mal la physiologie pathologique du péritoine, sa façon de se défendre. Le pus évacué, du sérum, des excitants diffusibles tout était dit. De plus les opérations étaient mal réglées, choquantées par leur longueur. Les balayages, les essuyages compliqués qui constituaient la toilette du péritoine, mettaient les malades à bas. Les drainages multiples qui étaient faits drainaient mal ; infectaient les tranches de sections et favorisaient ainsi la résorption des produits toxiques.

Depuis 1900, dans l'historique de la péritonite de grands points de détails, à côté de l'acte opératoire ont été mis en évidence, ont pris de l'importance, les soins post opératoires ont donné les succès signalés

En 1889, nous l'avons déjà vu Bouilly disait : Pas d'éviscération, petite incision, lavage péritonéal rapide un gros drain.

En 1900, Thiriar pour empêcher la formation des adhérences et favoriser ainsi le drainage injecte de l'oxygène dans le péritoine.

La même année, Fowler et Bode adoptent pour leurs opérés, la position assise, qui sera connue ensuite sous le nom de position de Fowler. Le diaphragme joue mieux ainsi, les étages inférieurs de la cavité abdominale ne s'infectent pas, les liquides descendent au point déclivé.

Les auteurs admettent à partir de cette époque que l'opération doit être rapide ainsi que l'anesthésie, la toilette péritonéale prompte incomplète avec l'aspirateur de Villard (th. de Ferjasse, Lyon 1907) la séreuse se défendant bien elle-même, si on l'aide en la débarassant de son trop plein, sa stérilisation parfaite étant impossible à réaliser. Le lavage de ce fait devient inutile; un petit drainage bien fait au bon endroit, drainage à la Roehn qui maintient la pression intraabdominale et permet aux liquides pathologiques de s'écouler, suffit.

Ne voyant toujours que le danger péritonéal, des opérateurs se proposent d'empêcher l'absorption des produits toxiques élaborés au niveau de la séreuse et font ainsi que Glimm, le vernissage de la cavité péri-

tonéale avec de l'huile d'olive ou de l'huile de sésame. Si on ajoute du camphre, un perfectionnement de plus est réalisé par les propriétés tonicardiaques du camphre.

Du fait des résultats acquis, certains auteurs Hosthkiss, Rötter, Blacke, Vignard, et maintenant beaucoup de chirurgiens, la lésion causale ôtée se dispensent de tout drainage.

D'autres opérateurs, pensent à renforcer la défense du péritoine par l'injection du sérum de cheval dans sa cavité et produire ainsi de l'hyperleucocytose.

Dans toute péritonite il y a deux dangers, le danger dû à l'infection de la séreuse et celui dû à la paralysie intestinale, cause de la résorption de la stercorémie amenant l'intoxication plus profonde de l'organisme.

Pour lutter contre ce second danger, nombreux sont les moyens préconisés : purgation simple qui est ordinairement rejetée, de même celle introduite dans l'estomac sur la table d'opération ; purgation dans les jours qui suivent (Gibson, Hostchkiss)

Scheild, Wallace injectent les purgatifs dans l'intestin, pour empêcher que les malades les vomissent. Dans le même but ont été préconisés les lavages de l'estomac, ou la mise en place d'une sonde gastrique passant par le nez (Westermann), Jaboulay préconise le drainage de l'estomac (Lyon médical, 1905 : Du drainage de l'estomac dans les péritonites aiguës.) Vœlker a proposé la résection de l'anse intestinale paralysée. Henrotin, en 1890, a préconisé l'entérostomie pour vider l'intestin grêle, suivi en cela

par Doyen, Heidenhaim. Lennander, en 1893, préconise l'appendicostomie (Gayet). Lampe propose des fistules intestinales multiples.

Dahlgreen, en 1905, préconise la traite de l'intestin.

Moncks, en 1908, propose le lavage par segment successif de la totalité de l'intestin.

En définitive, le traitement de la péritonite paraît être maintenant au point : Opérer le plus près possible du début des accidents, petite incision, ablation de la cause, aspiration, drainage au point déclivé, drainage à la Rœhn, pas de drainage suivant les auteurs, huile camphrée, oxygène, position de Fowler, méthode de Murphy, évacuation de l'intestin ou mieux à notre avis opérer et ne rien mettre dans le péritoine. Avec ce traitement, en effet, ainsi qu'en témoignent les statistiques différentes, beaucoup de malades vouées à la mort ont été guéries.

Une critique paraît s'adresser à l'huile camphrée, qui joue un si grand rôle à l'heure actuelle dans le traitement des péritonites et cette critique s'adresse peut-être à la façon dont on l'emploie. Lorsqu'on veut l'introduire dans la cavité abdominale à travers un drain, elle n'entre pas ou très difficilement et en bien petite quantité, malgré les artifices employés,

Si elle entre, elle ressort de suite par le drain. En principe à notre avis, il faudrait mettre de l'huile camphrée, pour qu'elle agisse directement dans le péritoine; ne pas drainer ensuite pour qu'elle y reste.

Nous inspirant de la communication de Morestin, (Soc. de chirurgie de Paris, Février 1913) et de cas

personels que nous relaterons, nous croyons devoir terminer cet historique par le lavage du péritoine à l'éther, comme étant la méthode dernière venue et comme étant une méthode capable de rendre des grands services dans des cas désespérés,

ETIOLOGIE

L'étiologie des péritonites puerpérales, se confond avec celle de l'infection puerpérale dont elle n'est qu'un mode, une localisation. Sans trop nous arrêter aux idées anciennes émises pour expliquer les accidents survenues chez les accouchées, signalons les théories d'Ambroise Paré ou de la rétention des lochies, de Puzos ou de la métastase laiteuse.

Une idée plus sérieuse, qui remplaça les précédentes, celle de la contagion, fût féconde comme résultat puisqu'elle fit isoler les infectées. L'ère microbiennes donna enfin la clef de l'enigme et montra ce qu'était réellement l'infection puerpérale.

A partir de cet époque, on ne vit plus dans les salles de maternité, ces épidémies que relatent les anciens médecins accoucheurs et qui sont pour nous des histoires presque invraisemblables. Cependant de temps à autres encore, non plus comme une règle mais comme un accident, nous voyons des infections puerpérales. Du fait de nos connaissances bactériologiques, les conditions sont changées et si jadis des salles entières d'accouchées étaient fauchées par le

mal impitoyable à cause de l'impuissance des accoucheurs à enrayer sa marche, de nos jours, nous le prévenons et toute légère élévation de température, quelque dixième seulement, nous fait rechercher si une faute contre la technique aseptique n'a pas été commise.

Les cas d'infection puerpérale, sont on peut le dire, rare dans les maternités, mais la plupart du temps venus du dehors : accouchement fait dans un mauvais milieu ou par un personnel commettant une faute inconsciente de technique opératoire, ou encore cela plus fréquent, avortement criminel.

Les formes cliniques, sous lesquelles la septicémie puerpérale peut se présenter à nos yeux sont multiples. Elle varie suivant le degré de diffusion, suivant la profondeur en ont pénétrés les germes pathogènes.

Endométrite puerpérale forme la plus fréquente de l'infection *post partum ou abortum*, métrite parenchymateuse qui peut lui succéder, gangrène utérine. salpingo ovarite, pyohémie enfin avec toute ses déterminations métastatiques peuvent faire place les unes aux autres pour entraîner la mort.

Pour ce faire, ainsi que nous le disions plus haut, il faut que le germe ait été apporté ou ait été « au niveau de l'appareil génital lésé par le traumatisme obstétrical ». Si les germes streptocoque, staphylocoque, gonocoque, *Bactérium coli*, *Bacillus perfringens*, *micrococcus foetidus*, etc., ont été apportés si l'infection est hétérogène, c'est le toucher, ce sont les opérations obstétricales; forceps, version, déli-

vance artificielle avec les contusions, les plaies qu'elles créent qu'il faudra incriminer.

D'autrefois seront cause de l'affection, les soins, les lavages donnés après l'accouchement, dans d'autres circonstances, les perforations utérines qu'elles qu'en soient les causes, les ruptures utérines.

Notons encore comme cause d'infection, la longueur de travail chez une femme épuisée et toutes circonstances qui allongent l'accouchement telles que présentations vicieuses.

L'infection d'origine autogène doit aussi entrer en ligne de compte comme cause d'infection puerpérale bien que les auteurs allemands l'aient niée au congrès de Berlin et au Congrès de Paris de 1900. Evidemment ainsi que le disent Bar et Brindeau, il faut tenir ces faits pour exceptionnels dans la pratique courante. Les germes, causes de l'infection peuvent habiter d'avance les voies génitales et acquérir une vitalité nouvelle du fait du traumatisme, du sang qui les vivifient, en leur fournissant un excellent bouillon de culture. Ils peuvent être apportés par les doigts de la femme elle-même ; les microbes intestinaux peuvent envahir l'utérus par la voie vulvo-vaginale.

N'insistons pas d'avantage sur l'étiologie de l'infection puerpérale. Disons simplement que la péritonite puerpérale reconnaît la même étiologie, mais que peut-être elle est plus intéressante à étudier, parce que si dans un cas de métrite par exemple, les accoucheurs sont maîtres de la situation, possèdent un traitement efficace, dans la péritonite ou le « noli me tangere » est encore de mise, avec la mort pour

conséquence, nous devons savoir que « la péritonite constitue une réaction de l'organisme qui veut se défendre et qu'en favorisant ce travail de défense par des moyens appropriés, nous aurons à enregistrer des succès fréquents et consolateurs. »
Cardot.

PATHOGÉNIE.

Nous ne discuterons pas les antiques théories pathogéniques, admises pour expliquer les péritonites, nous ne ferons que les citer.

En premier lieu, la théorie mécanique a séduit et satisfait l'esprit des anciens auteurs. L'utérus gravide en se mobilisant, traumatisait le péritoine par sa masse et ce dernier traduisait son irritation par l'épanchement que l'on trouvait à l'autopsie.

Une théorie plus complexe succède à la première et ce fût Puzos qu'en était l'auteur, C'est la théorie de la métastase laiteuse : « Les médecins du siècle passé considérait ces épanchements dans la cavité du péritoine comme des dépôts de lait altéré. » (Jacquemier : Manuel des accouchements.) Bordeu s'indignait à cet époque, que des médecins nient l'existence du lait dans le tissu spongieux des parties et dans le sang. Il nous rappelle une autopsie où le chirurgien ramassait à pleine main le lait caillé et à peine dénaturé dans le péritoine. Inutile de donner des explications et de dire que le lait caillé n'était autre que du pus et des fausses membranes.

La théorie de la suppression des lochies ne mérite plus grande créance. Leur reflux dans le torrent circulatoire est une jolie fable, satisfaisant nos pères qui en étaient réduits à l'observation et prenaient en ceci la cause pour l'effet.

Le problème est plus simple en réalité et se pose de la façon suivante : Étant donné un utérus infecté, comment les germes cause de l'infection, peuvent-ils aller contaminer le péritoine ? Trois voies s'offrent à l'agent pathogène pour aller l'ensemencer et le faire réagir.

1° La voie lymphatique.

2° — sanguine.

3° — tubaire.

1° La voie lymphatique : La muqueuse utérine et la place placentaire étant infectée les microbes se disséminent dans l'intérieur du muscle utérin. Les lymphatiques communiquant avec les lymphatiques du péritoine les inoculent et la péritonite se déclare.

2° La voie sanguine. Cette voie de même que la précédente ne sont pas suivies isolément. Il est en effet impossible de comprendre la réaction d'un seul des systèmes circulatoires, puisque tous deux sont béants, en contact avec la plaie d'innoculation. Les veines sont trombosées du fait de l'infection. Une périlonite pourra à la rigueur se déclarer, mais l'infection sanguine donne plus souvent de la pyohémie.

3° La voie tubaire, elle n'offre qu'une bien faible importance par rapport aux deux premières. Nous basant sur les thèses Widal et Walich. (Thèse de doctorat. 1891), nous concluons qu'il est plus facile

pour les microbes de se rendre au péritoine et de l'infecter par la voie lymphatique que par la voie tubaire, parce que les cellules mucoïdes de la trompe offre un bon terrain pour la fabrication du pus et que de ce fait, il est difficile pour eux de traverser les trompes sans les infecter, sans créer une salpingite pour se rendre à la surface de la séreuse péritonéale. Cette voie est cependant possible et des auteurs auraient vu le pus sourdre par l'orifice tubaire et inonder le péritoine.

Infection utérine et par les lymphatiques plus que par la voie sanguine, plus encore que par la voie tubaire, souvent par la voie sanguine et la voie lymphatique à la fois le péritoine a été infecté. Cela ne constitue qu'une façon de se créer pour une péritonite puerpérale c'est ce que nous appelons si on le le veut bien la façon anatomique la façon indirecte,

Une péritonite puerpérale peut en effet relater grâce à d'autre moyens qui inoculerons la séreuse péritonéale. Nous voulons parler des péritonites par perforation utérine accidentelle, ou par perforation dues à des manœuvres abortives, des péritonites engendrées par des perforations de culs-de-sacs vaginaux, perforations abortives elles aussi. La rupture d'un kyste de l'ovaire, d'une poche de pyosapynx peut aussi faire naître une péritonite. Dans certains cas la péritonite survient quelques temps après un accouchement où un avortement étant due à la chute d'une eschare de gangrène, a un abcès utérin qui vient de s'ouvrir, dans d'autres cas elle survient après une césarienne.

Dans la perforation utérine, due à des manœuvres faites sur des utérus infectés contenant des débris placentaires, perforation rendue facile du fait de la friabilité de l'utérus, le péritoine est inoculé directement. Le même mécanisme doit être invoqué quand il s'agit d'une perforation utérine, due à un corps dur enfoncé dans la lumière utérine, ou dans un des culs-de-sacs vaginaux pour provoquer un avortement.

Un autre genre de perforation utérine, nous est fourni par des cas de gangrène, connus en Allemagne sous le nom de métrite disséquante et dont Picqué a rapporté un cas en 1901 à la Société de Chirurgie. Elle peut occuper l'utérus en totalité dit Morlet (Th. de Paris,) ou n'occuper qu'une surface limitée à quelques millimètres, tout le reste de l'utérus paraissant sain. Du septième au vingtième, même vingt-cinquième jour une eschare se détache, dit le même auteur et aboutit quand la gangrène a envahi la totalité de la paroi utérine, à une perforation spontanée de l'utérus, qui entraîne rapidement la mort par péritonite septique comme l'a signalé Grammatikati Isfolatowskaja et quelques autres. (Picqué Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris 1908.)

Au sujet des pyosalpries rappelons le cas de Kingston, Fowler et Lewers, ayant rapport à des « péritonites mystérieuse soit disant idiopathiques, survenant quelque fois pendant les suites de couches et qui sont le plus souvent envisagées comme des péritonites puerpérales. » (Gonsolin, thèse de Lyon) Lawson ait dit aussi que beaucoup de péritonites

dit puerpérales ne reconnaissent pas d'autres causes que la rupture de pyosalpinx. Lorsque la péritonite puerpérale reconnaît cette pathogénie, il ne faut pas admettre comme cause, les altérations de la paroi, une tension brusque du liquide, des ulcérations. Lamouroux (thèse de Paris), Gonsolin, nous apprenent que ces pyosalpinx ne se rompent jamais au moment du travail, quoiqu'à priori ce moment paraîtrait le plus propice. Toujours la rupture se fait dans les deux ou trois jours qui suivent l'accouchement, quand l'utérus commence à revenir sur lui-même. Les trompes qui pendant la grossesse se sont élevées avec l'utérus, fixées dans une situation anormalement élevée par des adhérences qui n'ont pas une grande élasticité et qui les empêchent ainsi de suivre les progrès de l'involution utérine se rompent et le pus inonde le péritoine.

De la même façon, par leur rupture les abcès utérins causent des péritonites.

Les péritonites survenant après des césariennes reconnaissent, où une faute opératoire, ou une opération faite à contre-temps, Les membranes rompues par exemple. Peut-être dans quelques cas, le mécanisme à invoquer est-il différent et doit invoquer l'infection antogène comme cause de la péritonite.

Les cas accidentels dont nous parle Rebreyend (Th. de Paris), les péritonites de dehors en dedans, réalisées par une perforation, à travers la paroi abdominale d'un utérus gravide ne sont que des péritonites traumatiques par perforation comme pathogénie.

Les pelvi-péritonites sont souvent elle aussi des

péritonites puerpérales reconnaissant la même cause (Sénéchal. th. de Paris). Les pelvi-péritonites nous permettent de revenir sur une opinion déjà signalée, les pelvi-péritonites sont des accidents survenant après des avortements tandis que les péritonites généralisées surviennent après des accouchements, (Lepage). La pelvi-péritonite reconnaît comme cause l'infection de l'utérus comme les péritonites généralisée. Les microbes pullulant sur la plaie placentaire seront transportés par les lymphatiques utérins aux lymphatiques péritonéaux. Du fait, de cet infection le péritoine réagira comme toute séreuse et nous permettra d'assister suivant le terrain, la virulence la quantité, la qualité des germes microbiens a une des formes cliniques que nous exposerons dans la symptomatologie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans toute péritonite, la gravité dépend du microbe, de sa virulence, de sa qualité, de sa quantité. Elle dépend aussi du terrain sur lequel elle évolue. C'est dire que les lésions constatées à l'opération ou en faisant une autopsie, seront différentes suivant ces conditions, qu'elles varieront suivant ces facteurs de virulence, du nombre.

La forme la plus grave, qui évolue le plus rapidement, qui est considérée comme étant au-dessus des ressources de la thérapeutique est la *péritonite généralisée hyperseptique avec septicémie*. Dans cette forme peu ou presque pas de lésions. L'organisme frappé à l'improviste mord la poussière sans avoir eu le temps d'organiser sa défense. Les phénomènes cliniques éclatent de façon très rapide, parfois le lendemain de l'accouchement, quelque fois à la fin du travail disent les anciens auteurs (Jacquemier). A l'autopsie, dans ces cas, en effet, on ne peut parler de ce que l'on voit à l'intervention, on trouve des anses moyennement distendues présentant une coloration rougeâtre. A l'œil, du diaphragme au douglas

le péritoine, a part sa couleur n'offre qu'une légère modification. Il est moins brillant, paraît être limoneux, écailleux, rappelle assez bien une surface cutanée descamant finement, enduite d'un corps gras, Au toucher, les anses intestinales qui sont à peine accolées les unes aux autres sont douces, poisseuses.

L'éploon a le même aspect, donne la même sensation au toucher. Le liquide épanché, qui est toujours en quantité minime, qui assez souvent n'existe pas, où pour ainsi dire pas, est comparable au bouillon trouble, au bouillon de bœuf ou encore à des urines fébriles. C'est la forme sous liquide qu'Hervieux avait appelé péritonite sèche (Hervieux ; maladies puerpérales).

L'état des organes génitaux, utérus en particulier n'offre rien de bien notable. C'est dans ce cas que que l'affection a brûlé la première étape muqueuse pour se rendre directement à la séreuse. Pour parler comme les vieux accoucheurs « la lésion péritonéale est restée à l'état de congestion » l'atteinte a été si brusque « que l'exsudation plastique et l'épanchement ne se sont pas formés » dans le typhus puerpéral les lésions sont minimes, mais d'emblées générales mortelles quoiqu'on fasse.

Dans la *péritonite aiguë diffuse*, forme intermédiaire entre la forme généralisée hyperseptique, forme sèche d'Hervieux, intermédiaire entre la forme généralisée hyperseptique et la péritonite à grand épanchement purulent, forme qui est d'emblée générale elle aussi, les anses intestinales sont congestionnées. Leur surface au lieu d'être brillante est net-

tement dépolie. Au toucher encore elles sont gluantes poisseuses. Elles baignent dans un liquide trouble, sero-purulent tenant en suspension des flocons blanchâtres. Quelquefois le liquide paraît plutôt sérohématique.

Les anses intestinales ne sont pas ou très faiblement accolées les unes aux autres. Il y a quelques fausses membranes, mais friables, peu adhérentes, incapables de cloisonner l'épanchement.

Dans la *péritonite purulente puerpérale* dite *subaiguë* ou *chronique* appelée aussi *phlegmoneuse à grand épanchement*, les lésions sont plus marquées, mais il n'y a jamais qu'une différence d'âge qui conditionne les fausses membranes, les adhérences, la quantité du pus et sa qualité.

A l'ouverture de la cavité abdominale, les intestins sont fortement distendus par les gaz, le grêle atteint presque le volume du colon. La séreuse a perdu son aspect brillant, elle a une coloration rouge pâle ou rouge foncée cyanique, parfois avec une augmentation de cette coloration au niveau des replis libres sur la surface de l'utérus, au niveau des trompes, des ligaments larges. Le grand épiploon offre fréquemment un épaississement considérable et peut contenir des abcès.

Les anses intestinales, sont recouvertes de fausses membranes qui les relient entre elles et constituent des adhérences plus ou moins solides suivant l'âge de la lésion. En tout cas, en recouvrant l'intestin, elles l'empêchent de flotter en pleine matière septique, de résorber en trop grande quantité les princi-

pes toxiques contenues dans le liquide péritonéal. Dans ce cas l'intestin reste « à peu près sain, isolé par sa couverture pseudo-membraneuse du liquide péritonéal » (Jeannin) d'où le nom proposé par Jalganier de grande péritonite enkystée.

Si on soulève le paquet intestinal, réuni en bloc par ses adhérences, on voit qu'il flotte dans du pus.

Ce pus de quantité variable, d'odeur forte, repoussante, fécaloïde, offre des aspects divers suivant les cas et certains auteurs même, ont prétendu faire le diagnostic du microbe par l'aspect microscopique du liquide.

La quantité du liquide est très variable, deux à trois litres et même plus.

La fluidité est souvent différente ainsi que sa couleur. Ou franchement liquide, ou crémeux, filant bien lié, ou tenant en suspension des flocons de fibrine, de matières blanchâtres, ressemblant à des grumeaux de caséine, tels sont les divers aspects sous lesquels il peut se présenter.

Envahissant toute la cavité abdominale, il s'étend de la coupole diaphragmatique au Douglas.

Entre les anses intestinales reliées entre elles par les fausses membranes, se trouvent de vrai poches de pus constituant une forme anatomique différente : la péritonite à foyers multiples de Néloton.

Les altérations des organes génitaux ne sont pas toujours identiques, mais la plupart du temps, on retrouve de ce côté les lésions décrites dans la puerpéralité.

L'utérus est mou, de consistance pâteuse, plus gros que normalement.

L'utérus ouvert, sa surface interne est recouverte d'une couche de matière peu épaisse, tomenteuse, putrilagineuse, de couleur grise.

Cette matière constituée par la caduque exhale l'odeur fraîche des lochies s'il s'agit d'une infection à streptocoques. Cette odeur est fecaloïde où rappelle celle d'un corps en putréfaction suivant que l'infection est colibacillaire ou anaérobique (P. Bar et C. Jeannin.) Si la délivrance a été incomplète, s'il y a rétention de cotylédons on trouve des débris de membranes ou des cotylédons altérés.

Au microscope dans l'endométrite simple, la caduque est divisée en deux zones l'une plus interne qui est la zone infectée et formée par la muqueuse nécrosée, l'autre plus externe formée de cellules embryonnaires, dépourvue de microbes, véritable zone de défense.

Si l'infection ne s'arrête pas à ce degré nous aurons des lésions de métrite parenchymateuse. Au microscope pas de zone externe, formé de cellules embryonnaires. Les microbes envahissent en totalité le muscle utérin en pénétrant les espaces lymphatiques, et cette infection se traduit par des cellules embryonnaires qui s'accumulent dans les espaces lymphatiques.

L'envahissement de ces lymphatiques, transforme l'utérus en une véritable éponge purulente.

Il peut exister aussi de petits abcès, surtout fré-

quents au niveau des cornes et de l'insertion placentaire.

Des abcès plus gros connus sous le nom d'abcès utérins certes très rares, dont l'existence a été niée à tort par certains auteurs, pouvant atteindre le volume d'un petit œuf siégeant plus souvent au niveau des orifices tubaires, des bords de l'utérus, pourront se voir et s'ouvrir ou dans la cavité intestinale ou dans le péritoine.

Les veines de l'utérus, des ligaments larges sont obstruées par des caillots infectés, en somme lésions banales de phlébite comme dans toute infection.

Les lymphatiques principaux canaux de transmission de l'infection utérine à la séreuse péritoniale, sont bourrés, distendus par le pus et forment à la surface de l'utérus et dans le ligament large, de gros cordons étranglés en chapelets plus gros que les artères et les veines parfois.

La pelvi péritonite est moins intéressante. Nous ne la signalons que pour être complets et nous rappelons encore à ce sujet qu'elle vient aussi bien après un accouchement infecté qu'après un avortement septique, Nous ne ferons que signaler les lésions qui la constitue, parce que comme traitement et gravité elle n'est pas comparable à la généralisée.

Caractérisée par un enkystement de l'infection, suivant la façon dont se sont formées les adhérences on aura des formes variables : Pelvi péritonite postérieure (Delbet) donglassite (Condamin) pelvi péritonite latérale et antérieure. Le liquide nous dit Le Dentu peut atteindre 2 ou 3 litres. Les adhérences

se forment entre l'épiploon, les anses intestinales, le fond de l'utérus, les ligaments larges et parfois le cul de sac de Douglas.

En somme péritonite localisée, bien moins grave n'entraînant pas forcément la mort si on intervient pas, pouvant même se résorber et en rien comparable à la péritonite généralisée, digne d'intérêt à cause de sa gravité et qui doit être traitée hâtivement et chirurgicalement.

Rappelons aussi en quelques mots l'aspect de ces perforations utérines, de ces gangrènes, cause parfois de péritonites.

Les perforations accidentelles ou abortives siègent ordinairement sur le fond de l'utérus ou les cornes de l'organe, plus rarement sur les bords. Régulières elles sont de formes arrondies ou elliptiques, en forme de fentes parfois. Irrégulières elles sont déchiquetées étoilées, petites ou grandes en rapport ou non avec le volume de l'instrument qui les a créées.

Le plus souvent, ces perforations utérines s'ouvrent dans la cavité abdominale.

Les perforations spontanées par gangrène utérine à la suite de l'infection puerpérale (Metrite disséquante des allemands: Beckmann: die puerpérale uterus gangræn Zeitsch f Geb 1900) siègent souvent sur le fond de l'utérus. Les bords en sont frangés putrilagénieux et souvent le reste est absolument sain. Souvent la perforation spontanée se fait dans le péritoine vers le vingtième jour et entraîne la mort par péritonite (thèse de Morlet Paris).

En terminant cet exposé sur l'anatomie patholo-

gique des péritonites puerpérales et des lésions de l'appareil génital, rappelons que des métastases sont fréquentes. Elles sont fréquentes surtout du côté des plèvres qui souvent contiennent un épanchement purulent. Le péricarde est signalé comme contenant lui aussi du pus. Toutes ces lésions sont faciles à expliquer du fait des communications lymphatiques établies entre les séreuses abdominales et thoraciques à travers le diaphragme.

L'appareil urinaire est lui aussi ordinairement atteint et les reins présentent les lésions caractéristiques de la néphrite aiguë.

BACTÉRIOLOGIE

Dans l'infection puerperale comme dans les autres, il est rare de trouver un seul microbe comme agent causal, plus souvent les microbes agissent par symbiose en augmentant leur virulence mutuellement.

Nous ne ferons que rappeler les idées qui règnent pendant un certain temps au sujet du germe spécifique de l'infection puerpérale, de même celles qui voulaient qu'il y eut des formes cliniques spéciales d'infection puerpérales suivant l'espèce microbienne (Doleris : Essai sur la pathogénie des accidents infectieux des suites de couches ; thèse de Paris (1880). La spécificité de telle ou telle manifestation infectieuse étant admise, le pronostic devenait facile, si l'une créait des accidents bénins, si d'autres créaient des accidents graves.

En réalité aérobies et anaérobies sont capables de conditionner une infection puerpérale et il est impossible d'établir un rapport entre les formes cliniques et les germes pathogènes observés (Du Bouchet : thèse de Paris).

Il est donc admis que tout microbe est capable de

créer l'infection puerpérale et partant ses complications entre autres la péritonite.

Rappelons que parmi tous les microbes qui furent observés comme cause de cette infection, le streptocoque est ordinairement le microbe principal.

Le staphylocoque, le bactérium coli, sont après le streptocoque les germes les plus souvent observés.

Le gonocoque, peut vivre pendant longtemps à l'état latent dans le col utérin pendant la grossesse, voir sa virulence exaltée et donner des péritonites ainsi que Wertheim l'a rapporté.

Les anaérobies donnent lieu ordinairement à des infections locales, toutefois ils sont capables de conditionner des infections généralisées. Rappelons enfin que des microbes, tels le streptocoque ordinairement aérobies peuvent vivre en anaérobies et comme tels déterminer les mêmes accidents généralisés.

Si nous considérons les différentes statistiques au sujet des associations microbiennes nous trouvons dans la thèse de Monchotte :

1° *Statistique de Dubouchet* : cinq cas.

4 fois l'infection est polymicrobienne.

2 fois constituée par 2 espèces.

1 fois — par 3 —

1 fois — par 5 —

2° *Statistique de Hallé* : quatre cas.

4 fois l'infection est polymicrobienne.

2 fois elle est constituée par le streptocoque et des anaérobies nombreux.

2 fois elle est constituée par de nombreuses espèces anaérobies, et un streptocoque non pathogène.

3° *Cas de Milian.*

1 cas où l'infection est polymicrobienne.

4° *Statistique de Jeannin* : 18 cas.

1 fois l'infection est monomicrobienne.

17 fois l'infection est polymicrobienne.

5° *Statistique de Mouchotte* : 16 cas.

Avec Rist : dans 6 cas l'infection est polymicrobienne.

Avec Carton : 8 cas l'infection est polymicrobienne.

— 1 cas — monomicrobienne

En somme dit Mouchotte sur 47 cas il y eut quatre fois seulement infection monomicrobienne.

Etant donné ces associations microbiennes dans l'infection puerpérale, associations qui existent elles aussi dans la péritonite, peut on conclure à une gravité particulière de l'affection suivant les associations.

Achalme, Du Bouchet admettent que l'association des germes exagère leur virulence et en particulier la virulence de l'un d'entre eux : « Les bactéries de la putréfaction, ou leur produits solubles renforcent la virulence du streptocoque et le rendent capable de jouer un rôle pathogène alors qu'il en était absolument incapable au préalable » Du Bouchet.

On peut aussi se demander si non contente d'exalter la virulence du streptocoque ces bactéries ne jouent pas dans l'infection un rôle qui leur appartient au propre. A cela, nous répondrons en citant Rosenthal « Les anaérobies ne sont pas seulement des microbes de la gangrène, ils peuvent donner lieu à de la septicémie. » L'association microbienne constatée dans les lochies permet de porter un pronostic grave parce

que cette association représente « la résultante d'infections propres et multiples et déterminées chacune par une espèce microbienne spéciale. »

En réalité on ne peut d'après l'examen des lochies d'après les microbes associés découverts faire un pronostic parce que d'après Mouchotte sur cent cas de symbiose, nous observons 78 fois la guérison et 22 fois la mort.

Une autre idée qui a prévalu à une certaine époque et que Reynier contribua à répandre (Société de Chirurgie de Paris, avril 1897) et que la péritonite streptococique est incurable quoiqu'on fasse. Rapportant un cas malheureux de péritonite streptococique opérée, cet auteur nous dit : « Il s'agissait d'un véritable erysipèle du péritoine et mon intervention n'a pas été meilleure que ne l'eût été une incision faite sur une plaque d'erysipèle cutané,

Nous verrons tout à l'heure d'après les statistiques de Jeannin que cette opinion est erronée et que même et surtout, dirons nous la péritonite puerpérale streptococique doit être opérée, puisqu'elle est la plus fréquente. Il est une question qui doit intervenir dans le débat, comme dans toute infection et dont nous ne sommes pas juges, c'est la qualité de la virulence de l'agent microbien. C'est en effet retomber dans les idées anciennement soutenues et reconnues fausses à l'heure actuelle que de dire :

Streptocoqué = mort

D'autres microbes que le streptocoque peuvent être trouvés dans la séreuse péritonéale et cependant la mort survenir. A ce sujet les faits de C. Jeannin, sont

plus instructifs que du verbiage et nous nous contenterons de les rapporter.

Sur 18 cas, 11 fois la péritonite a été causée par le streptocoque pyogène qui 6 fois était à l'état de culture pure, 5 fois avec d'autres germes diplocoques ou bacilles.

Sur ces 11 cas, 8 guérisons sont survenues :
4 fois dans des cas de streptococie pure.
4 fois dans des cas de streptococie associée.

Les cas où d'autres microbes que le streptocoque étaient en jeu et se sont terminés par la mort sont des cas où il y avait :

1 fois infection mixte

1 fois infection gonococcique

Trois autres cas se sont terminés par la guérison, et les agents étaient :

1 fois le diplostreptocoque de Walthard

1 fois gonocoque

2 fois l'infection était polymicrobienne

En somme concluons avec tous les auteurs qui se sont occupés de la question : *La péritonite streptococcique pure est grave mais peut être curable par l'intervention.*

La péritonite streptococcique avec d'autres microbes associés est aussi grave mais elle est curable.

Les autres microbes en culture pure ou associés (staphylocoque, gonocoque) peuvent donner des péritonites mortelles ou curables par l'intervention.

SYMPTOMATOLOGIE

Cardot inspiré par Potocki, dit dans sa thèse : « Par état puerpéral, nous entendons les conditions dans lesquelles se trouve une femme, expulsant un produit de conception, de quelque âge soit-il. Nous ne ferons pas de différence entre la péritonite généralisée post partum et post abortum. Dans les deux cas l'infection est identique, et peut donner naissances aux mêmes symptômes. »

Nous adoptons cette manière de voir et nous ne ferons pas de distinction entre la symptomatologie des péritonites post partum et post abortum. La séreuse est dans les deux cas infectée, elle est le siège d'une péritonite généralisée, qu'elle soit post partum ou post abortum les malades se présentent avec les mêmes symptômes.

Cliniquement la péritonite est difficile à diagnostiquer. La symptomatologie est souvent fruste et bien des fois la péritonite, est une trouvaille d'autopsie, le diagnostic d'infection puerpérale seul ayant été porté. Les symptômes de la péritonite disent les auteurs « disparaissent devant la gravité de l'état

général et passent inperçus. » En réalité si on consulte les vieux ouvrages, et même des travaux fait sur la question à une époque plus rapprochée, on trouve une symptomatologie nette et un diagnostic est très possible d'après les symptômes observés. La péritonite puerperale étant devenue rare de nos jours, on n'a plus l'esprit attiré sur elle et on ne cherche plus à la dépister. Il se passe pour cette complication de la puerpéralité, ce qui s'est passé pour les autres suppurations dont on lit d'anciennes descriptions admirables comme richesse de termes et dont les auteurs modernes font des tableaux ternes ou moins vivaces parce qu'ils les voient moins souvent. Nous croyons que la symptomatologie de la péritonite puerperale, existe toujours, qu'elle ne disparaît pas devant la gravité de l'état général et que la surprise de la lésion péritonéale, découverte d'autopsie, serait moins rare, si l'on y pensait davantage comme complication possible de la puerpéralité.

Nous retracerons trois formes classiques de péritonites puerpérales généralisées, formes répondant à quelque chose de réel comme apparition, évolution et pronostic.

Nous terminerons en rappelant brièvement les symptômes de la pelvi-péritonite, moins intéressante, comme symptômes diagnostic et gravité :

1° *Péritonite suraigüe ; forme la plus grave connu jadis sous le nom de typhus puerpéral. (Jacquemier)*

Les accidents débutent ordinairement dans les heures qui suivent l'avortement ou l'accouchement, quelquefois de suite après la délivrance, quelquefois

même à la fin du travail (Jacquemier, Siredey). Dès le début les symptômes de collapsus prédominent, les symptômes péritonéaux passent au second plan, demandant à être recherchés avec soin.

Un frisson généralement violent avec des douleurs débutent à l'hypogastre, étendue d'emblée à tout l'abdomen aux aines, aux lombes, marquent le commencement de la phlegmasie. Contemporains de ces phénomènes les vomissements bilieux s'installent.

Le pouls petit, mal frappé monte d'emblée à 130, 140 pulsations.

En quelques heures la malade est complètement abattue par les douleurs qu'elle a éprouvées et ses vomissements incessants, presque inconscients.

Le faciès est pâle, grippé. Des mouvements convulsifs dans les muscles de la face, des soubresauts des membres peuvent exister.

Le ventre est légèrement ballonné mais plus souvent excavé, presque en bateau, les muscles se bridant pour ainsi dire sur la lésion péritonéale. Dans cette forme fruste, souvent les malades ont de la diarrhée, inondant leur lit de matières.

La température rectale, monte rarement aux environs de 38°. L'hypothermie est plus fréquente presque la règle avec des 36, ou mêmes des températures inférieures.

Très vite le coma arrive, le pouls devient plus petit, plus fréquent incomptable, une auréole livide cerne les yeux de la malade. La couleur cyanique des lèvres tranche sur la paleur de la face, les lèvres sont pulvérulentes de même les narines et bientôt

dans un état de béatitude parfaite mais plus habituellement dans la stupeur le coma (typhus) de la 15^{me} heure (Jacquemier) au 3^e ou au 4^e jour la malade succombe.

2^o *Péritonite aigüe diffuse.*

Cette forme ou jadis le noli me tangere était de rigueur est curable chirurgicalement et doit être le triomphe de la méthode si l'on intervient à temps.

Elle se déclare ordinairement du troisième au cinquième jour nous dit C. Jeannin (Statistique de Berrier-Fontaine : début 185 fois du 1^{er} au 3^{me} jour ; 60 fois du 4^{me} au 10^{me} jour).

Le phénomène de début est un frisson intense, prolongé, pouvant durer de quinze à trente minutes. Il peut dans certain cas être remplacé par des frissons successifs « lorsque l'infection d'abord partielle se généralise » (Siredey) le frisson était caractéristique pour les auteurs. « Toutes choses étant égales, il n'est remarquable ni par sa durée ni par son intensité, il est néanmoins accompagné d'un abattement, d'une anxiété, d'une impression de tristesse remarquable ; les traits du visage sont altérés quelquefois déjà grippés, les yeux comme inaminés. Le pouls petit serré est d'une fréquence qui s'élève souvent à 120, 140 pulsations par minutes. » (Jacquemier)

Sans predominer les manifestations locales existent nettement dans cette forme.

Pendant le stade de chaleur qui succède au frisson stade qui servait aux anciens auteurs à porter un pronostic, suivant que la malade était moite sur

tout le corps ou seulement sur les membres, une douleur abdominale vive, superficielle l'hyperesthésie cutanée commençant à l'hypogastrie s'étend de suite à tout l'abdomen. Cette douleur arrachant des cris aux malades, exaspérée par le moindre mouvement, le poids des draps, s'accompagne d'une agitation extrême, d'une respiration superficielle, les malades retenant leur respiration pour atténuer leur souffrance en mettant au repos leurs viscères abdominaux. Placés dans le decubitus horizontal, immobile, les cuisses fléchies sur le ventre, la tête penchée sur la poitrine, la malade a une figure contractée une expression douloureuse caractérisée par le faciès sardonique de nos pères, faciès constitué par les commissures buccales tirées de chaque côté.

L'état de l'abdomen est variable suivant la période de la phlegmasie.

Au début lors de la vive douleur abdominale la paroi est rétractée, dure. Cet état est passager et bien vite le ventre se ballonne devient sonore et prend un énorme développement : « La peau est tendue, luisante, sillonnée de veines d'autant plus apparentes que la respiration est plus gênée. Le diaphragme refoulé en haut dans la cavité thoracique entraîne avec lui la rate et le foie qu'on ne peut plus sentir au dessous des fausses côtes. » (Siredey)

Presque dès le début, des nausées bien vite remplacées par des vomissements bilieux qui ne tarderont pas à devenir fécoloïdes et qui continueront jusqu'à la fin. En même temps, constituant un symp-

tôme de facheuse augure, apparait le hoquet. La soif est ordinairement vive, mais les malades se privent de boisson pour moins vomir.

L'aspect de la langue est caractéristique. Recouverte d'un enduit blanchâtre au début, enduit qui prend ensuite une coloration brunâtre, due au passage des liquides intestinaux, elle est rouge à la pointe et sur les bords, la plupart du temps sèche et écailleuse.

L'haleine est fétide, rappelle l'odeur des matières fécales.

Deux phénomènes opposés peuvent suivant les formes s'observer du côté de l'intestin. Ou bien il y a une constipation opiniâtre ou de la diarrhée incoercible mais le plus souvent il y a une diarrhée abondante incoercible. « Les selles composées de matières liquides, séreuses, horriblement fétides, contribuent puissamment avec les vomissements à donner au malade l'aspect cholérique. » (Siredey)

Les urines sont peu abondantes, souvent nulles, chargées en urates et contiennent une forte proportion d'albumine.

La température se maintient aux environs de 40°. Le poulx petit dur, serré bat de 120 à 160.

Du côté des organes génitaux et des seins quelques petits phénomènes accessoires. On assiste ordinairement à une diminution de l'écoulement lochial. Du côté des seins s'établit la diminution ou la suppression de la sécrétion lactée, si elle est eonstituée. Si au contraire la montée laiteuse ne s'était pas faite elle ne s'effectue pas.

Au toucher l'état de l'utérus est variable suivant les malades et la quantité de l'épanchement péritonéal. Dans les culs de sacs vaginaux on pourra trouver des signes qui corroborent le diagnostic de péritonite : mobilité de l'utérus, douleur, sensation de liquide.

Si l'affection est laissée à elle même, peu à peu la malade ira à la mort mais de manière différente suivant la façon de réagir de l'organisme.

La douleur abdominale s'est peu à peu atténuée, un état de bien-être s'est substitué à la période d'agitation, de gémissements du début, la malade somnole doucement, et il faut parfois des excitations assez fortes pour la tirer de sa léthargie. Dans une autre forme au contraire il continue à y avoir de l'agitation, du délire qui ne cessera qu'à la phase ultime.

Quel que soit l'état : euphorie, agitation ou coma le tableau présenté par la puerperale est caractéristique : c'est celui de toute péritonite aiguë généralisée arrivant à sa fin.

Le pouls devient de plus en plus petit, de plus en plus incomptable. La température peut baisser à ce moment.

La respiration est de plus en plus fréquente, superficielle, du fait de la gêne mécanique, et non pas tant à cause des épanchements pleuraux que l'on peut constater. Les extrémités sont froides, les lèvres, les pommettes sont violacées ; les yeux sont vitreux, caves ; les pupilles presque insensibles sont

dilatées. Tout le corps de la patiente est recouvert d'une sueur froide et visqueuse.

Dans cette forme, la mort est moins rapide que dans la première décrite et n'arrive ordinairement qu'au bout de cinq ou six jours avec quelque fois à la fin une phase de bien être un abaissement de température, un relèvement du pouls qui ne constitue qu'une rémission trompeuse.

3. *La péritonite subaigüe ou latente.*

Nous ne décrirons que brièvement cette forme de péritonite.

Débutant ordinairement comme la précédente, plus tard aussi, vers le 10^{me} ou 12^{me} jour, c'est celle qui a fourni le plus de guérisons parce que moins rapide dans son évolution et parce que les germes en sont moins virulents. Le Dentu la schématise en disant d'elle : « une ébauche de la forme aigüe mais une ébauche dans les symptômes et non dans la gravité, »

Masure nous dit dans sa thèse : « tous les symptômes peuvent s'y retrouver mais à peine ébauchés, la température dépasse à peine 57°, le pouls est presque normal, le ventre est peu ballonné, la palpation n'est pas très douloureuse, le faciès n'est guère modifié. »

Masure rappelle un signe particulier, sur lequel Le Dentu insiste, qui avec les petits signes précédents pourra faire le diagnostic : la régurgitation fecaloïde : La malade a des renvois avec une gorgée de liquide ou bien des vomissements franchement constatés dans les deux formes précédentes.

Un point particulier, sur lequel nous croyons devoir insister dans cette forme comme ayant une certaine importance ce sont les anamnestiques. Toujours dans ces cas la péritonite aura été précédée d'un léger état pathologique utérin. Il y aura eu une légère infection des lochies qui auront perdu leur couleur habituelle. L'examen de l'utérus pourra révéler une involution qui se fait mal à cause de l'infection endométritique.

4° Formes tardives de la péritonite puerpérale.

Par formes tardives nous entendons ces formes de péritonite arrivant du 15^m au 20^m jour après l'accouchement ou l'avortement et dues à une plaque de gangrène utérine créant une perforation. Dans ces cas nous dit Morlet nous aurons une péritonite septique avec tous ses symptômes.

En somme la seule chose particulière à ce genre de péritonite est le début tardif.

5° Péritonite par rupture de pyosalpinx.

Cette forme n'a elle non plus rien de bien particulier. Se déclarant dans les jours qui suivent l'accouchement du 3^e au 5^e (Gonsolin) elle peut être mortelle et se traduit par tous les signes propres à l'infection përitonéale.

6° Péritonite par rupture de Kyste ovarique.

Elle constitue une rareté aussi bien que les précédentes et se révèle par les mêmes signes cliniques.

7° Pelvi-péritonite.

Elle commence du quatrième au cinquième jour après l'accouchement ou l'avortement. Son début est assez comparable à celui de la péritonite généra-

lisée : Frisson, point douloureux abdominal en coup de poignard. Souvent toutelois son début est insidieux, on se trouve en présence d'une malade qui après avoir éprouvé le bien-être commun à toutes les nouvelles accouchées se remet à souffrir. Le poulx devient petit, filiforme, les vomissements typiques s'installent ; la température s'élève à 39, 40°.

La position prise dans son lit par la malade est la même que celle de la péritonite généralisée. Elle est exagérée par le moindre mouvement, le moindre contact. Au bout de trois ou quatre jours on aura des signes nets fournis par le toucher montrant l'enkystement d'une poche purulente. La collection trouvée sera retro utérine, latéro utérine, bombera dans le vagin en effaçant les culs de sacs vaginaux.

A travers la paroi abdominale la palpation pourra faire sentir une collection dure remontant plus ou moins haut vers l'ombilic.

L'état général est assez mauvais, le faciès péritonéal s'observe assez souvent.

Après un ou deux septenaires la pelvi péritonite peut se résoudre. Les symptômes généraux, vomissements, poulx, température, diminuent de fréquence. La douleur s'atténue elle aussi, mais le toucher montre encore pendant un laps de temps plus ou moins grand, l'utérus englobé dans une masse immobile, des culs de sacs indurés.

Après deux ou trois septenaires, tout disparaît et rentre dans l'ordre.

L'évolution vers la résolution, considérée comme assez fréquente par les anciens auteurs, ne l'est peut

être pas autant qu'ils le croyaient. Plus souvent a notre avis on n'assiste pas au relèvement du pouls, la fièvre se maintient à 39 40°, l'état général reste mauvais, les vomissements persistent.

Spontanément, la tumeur inflammatoire peut s'ouvrir dans le vagin, la vessie après une phase de ténesme vesical, dans le rectum après une phase de ténesme rectal. Nonat a signalé l'entérite glaireuse comme signe probable de l'ouverture dans l'intestin.

Suivant le degré de l'ouverture qui vient de se créer ou la poche purulente se vide en totalité, ou au contraire elle n'évacue que son trop plein et tout est à recommencer.

On pourrait croire que dans cette forme la mort n'est pas à craindre. Elle survient cependant du fait de la cachexie, de l'infection généralisée.

Dans la pelvi péritonite même dans les cas qui se guérissent spontanément, les anciens auteurs signalent la phtysie comme complication.

ETUDE DU SANG .

L'étude du sang dans la péritonite puerpérale est aussi intéressant que dans la septicémie puerpérale elle-même. Certains auteurs ont prétendu que toutes les fois que l'on trouvait du streptocoque dans le sang, le pronostic était fatal (Prochownick.) Le professeur Fabre est du même avis et a fait exposer ses idées par son élève Bassard (thèse de Lyon) Ce dernier rapporte neuf cas de streptothomie qui se sont terminés par la mort.

D'autres auteurs ont voulu tirer de la constatation des microbes dans le sang, des indications thérapeutiques chirurgicales et en particulier des indications en faveur de l'hystérectomie, Prochownick concluait parmi ces derniers que si l'examen est positif on doit recourir à une intervention aussi radicale que possible.

Au Congrès de Rome, Treub réfutait les arguments de Prochownick en rapportant des cas mortels avec culture négative et des cas qui guérissent bien que les cultures fussent positives.

Lenhartz dit que « la pénétration des germes dans le sang est évidemment d'un pronostic défavorable mais cependant la démonstration des bactéries dans le sang ne rend pas le pronostic fatal d'une façon

absolue. Il y a une série de cas à issue favorable malgré la bactérihémie démontrée. Rappelons à ce propos les observations de Bender et De Hiltz où la culture était tout à fait positive et où la guérison survint pourtant.

Petruchsky lui aussi nous apprend (*Zeitschrift f. Hygiène und infection Krankheit* 1894) que la présence des microbes dans le sang ne donne pas un pronostic fatal.

En somme si nous voulons tirer une conclusion nous dirons que quant au pronostic fatal, la culture positive du sang n'est pas d'une valeur absolue. De même quant au traitement, ce n'est pas la constatation des streptocoques ou d'autres germes qui feront créer une indication opératoire. Ce qu'il faut faire, c'est le diagnostic précis de la péritonite et intervenir dès qu'il est posé.

Une autre question intéressante se pose, ce sont les cas où la culture est négative. Peut-on conclure à l'heure actuelle d'une culture négative que le sang ne contient pas de microbes circulants. Nous ne le croyons pas, dans presque toute infection, il y a des microbes charriés dans le torrent circulatoire à un moment donné et pour que l'on puisse conclure de l'examen du sang, il faut le répéter plusieurs fois. Il se produit pour toutes les infections sanguines ce qui s'est produit pour la fièvre typhoïde ou pendant longtemps on a nié la présence du bacille d'Eberth dans le sang. Or les travaux de Courmont ont bien montré que dans toute fièvre typhoïde le bacille d'Eberth se trouve dans le torrent circulatoire, mais

qu'il ne faut pas conclure d'un seul examen négatif. Il faut pour être sûr, des examens multiples.

Dans plus de la moitié des cas de pneumonie on arrive à trouver du pneumocoque dans le sang. De même dans beaucoup de tuberculoses, on trouve du bacille circulant. Les pneumonies n'en sont pas pour autant mortelles, et les tuberculoses n'évoluent pas toutes de façon suraigue.

Aussi étant données les conditions actuelles de technique, de milieu de culture, nous croyons pouvoir dire que vraisemblablement, dans la péritonite puerpérale comme dans toute infection grave il y a dans le sang des bacilles qui circulent, les microbes peuvent quelquefois être mis en évidence. De l'examen de la culture du sang, on ne peut conclure, parce que négatif, qu'il n'y en a pas de circulant, quand on aura des milieux de culture, des techniques meilleures, toujours croyons nous on en trouvera.

De ce fait est ruinée l'opinion ancienne qui disait constatation des microbes dans le sang égalemort, de même on ne peut en conclure à l'abstention opératoire. Pratiquement dans toutes les péritonites diffuses guéries par le traitement chirurgical, on n'a pas fait de culture, on ne s'est pas inquiété si oui ou non des microbes circulaient, on est intervenu vite, très vite, on a eu des guérisons, la même chose se passe pour les péritonites puerpérales. La science et le laboratoire doivent laisser la place à l'expérience, à l'intervention qui guérit sans s'être bien rendu compte de l'état du milieu sanguin ; mais qui guérit malgré tout.

TRAITEMENT DES PÉRITONITES PUERPÉRALES

Dans notre thèse, nous envisageons toutes les péritonites puerpérales, c'est dire par là que le traitement sera bien différent suivant les cas.

Etant données, les idées chirurgicales actuelles, il semblerait cependant que la conduite chirurgicale à tenir devrait être identique : ubi pus, ibi evacua disait le vieil aphorisme d'Hippocrate et il paraîtrait que là comme dans toute suppuration on devrait l'appliquer. Ce qui rend la question complexe, ce sont les différentes idées émises au sujet de la péritonite puerpérale, les différents traitements préconisés.

En 1886, Bouilly disait que « si l'on considère que nous assistions jusqu'ici en spectateur impuissant au drame dont la mort était toujours le dénouement, ne peut on se flatter qu'avoir osé agir est déjà un progrès ».

En 1894, Tarnier disait : « pour moi le diagnostic de la péritonite équivaut presque à un arrêt de mort. Je suis donc très frappé des succès opératoires qu'ont été obtenus jusqu'ici aussi je n'hésite pas à déclarer que vous serez autorisés à pratiquer la laporo-

tomie chez les femmes atteintes de péritonites puerpérales.»

Brindeau et Legueu présentant un cas opéré et suivi de mort faisaient dire par Porrock, que depuis longtemps il avait renoncé à faire des laparotomies pour des péritonites puerpérales généralisées.

Nos maîtres de l'école de Lyon ont des avis différents. Les uns sont nettement abstentionnistes, d'autres sont interventionnistes.

Ce qu'il y a de certain à notre avis et ce qui en même temps explique les divergences d'avis des différents auteurs c'est que l'on ne se comprend pas sur ce que l'on entend par péritonite généralisée. Beaucoup d'auteurs prennent pour des péritonites généralisées, non pas des pelvipéritonites sur le compte desquelles tout le monde est d'accord quant au traitement mais des péritonites localisées qui cliniquement en imposent pour des péritonites généralisées.

Les auteurs disent : le pouls était mauvais, filant presque incomptable ; les vomissements étaient fécaloïdes, le ventre distendu, ballonné, le faciès type, la température à 39° 5, 40°. Cliniquement un tableau tel fait faire le diagnostic très probable de péritonite généralisée. Cependant le tympanisme énorme ne peut être dû simplement qu'à de la paralysie intestinale conditionnée par une infection circonscrite du péritoine ; les vomissements se voient aussi fécaloïdes dans la péritonite localisée ; la température peut être aussi élevée dans la péritonite localisée encore. Quand à l'aspect de souffrance du malade, à son visage péritonéal, il est à notre avis sous la dépendan-

ce du système nerveux de chacun et tel malade a pour un petit bobo péritonéal un visage et un état de dépression lamentable, tel autre avec une péritonite grave a un faciès rassurant.

Ces mêmes auteurs nous disent : l'intervention fut décidée et à l'ouverture de l'abdomen, beaucoup de pus de telle ou telle qualité, de telle ou telle quantité, à flots tel est le terme consacré à giclé par l'orifice abdominal. Une grosse objection, de haute valeur, à faire à ces auteurs est ce flot de pus qui s'écoule avec force. Dans toutes les péritonites généralisées que nous avons vues opérées, nous avons toujours considéré comme confirmant le diagnostic l'issue du pus se faisant sans force, en bavant hors des parois abdominales, et nous posons comme un axiome inébranlable que toutes les fois où à l'ouverture de l'abdomen du pus s'écoule avec force, la péritonite n'est pas généralisée, elle est circonscrite.

Découle pour nous des opinions que nous venons d'exposer que toute péritonite diagnostiquée généralisée avec pus sous tension, qui a été ensuite considérée comme guérie par l'intervention, n'en était pas une.

Des péritonites diagnostiquées généralisées, opérées n'ont pas donné naissance à ce jet de pus lors de l'ouverture de la paroi abdominale et ont pourtant guéri. Cette objection est pour nous sans valeur car nous ne considérons pas que toute les péritonites localisées ou circonscrites contiennent du pus sans tension. Nous considérons seulement que toute péritonite qui contient du pus sous tension n'est pas

généralisée et nous prétendons même que ce n'est pas pour autant qu'elle guérira forcément.

On se heurte dans cette discussion à la bonne foi des auteurs qui malgré tout à cause des signes cliniques maintiennent leur diagnostic de péritonite généralisée et leur guérison opératoire. Cependant dans l'acte opératoire à l'heure actuelle, tous les opérateurs, la paroi ouverte, la constatation du pus faite, font de l'aspiration, un nettoyage léger de la séreuse, tout en étant aussi complet que possible. D'après le pus, l'état des anses intestinales que l'on voit par la plaie opératoire : C'est hélas ! bien une péritonite généralisée ; rien à faire on a trop attendu. Si l'opération avait été plus hâtive, cela aurait été un succès.

Là n'est pas la question à notre avis. Quelle que soit la façon et le moment où le malade est venu sur la table d'opération, vous chirurgien qui n'avez fait que l'opération minime et rationnelle, mais qui portez le diagnostic de péritonite généralisée, avez vous vu si le péritoine gastrique, diaphragmatique, sous hépatique, si tout le péritoine sus-ombilical, en un mot était le siège de la phlegmasie entrevue par votre incision. Non, et vous ne pouvez non plus affirmer de façon certaine, la péritonite était généralisée, tout le péritoine était pris et dire s'il y a une guérison à laquelle de prime abord vous ne croyez pas, je l'ai guérie.

Les idées actuelles sur la péritonite puerpérale en font quelque chose de particulier.

Si nous nous reportons à l'anatomie pathologique qui doit nous servir de guide en pareil matière, pour

nous faire juger ce que vaut la conduite chirurgicale, si nous considérons surtout les observations rapportées par les anciens auteurs, qui en ont décrit les lésions de façon magistrale pour en avoir trop souvent vu, nous apprenons par ce que Jacquemier, Hervieux disent de la péritonite puerpérale qu'elle est au dessus des ressources de l'art.

La péritonite dit Hervieux est générale d'emblée. C'est une streptococie péritonéale aïgue. Dans ce cas la mort survient en 12 heures, 24 heures sans qu'il y ait eut d'épanchement dans le péritoine ; c'est ce qu'il caractérise sous le nom de forme sèche, ce que Jacquemier appelle le typhus puerpéral. « Les lésions ne sont pas en rapport avec l'atteinte profonde portée à l'organisme et la rapidité de la marche vers une terminaison fatale. »

Hervieux admet qu'il est une autre forme, qu'il appelle généralisée parce que dans cette forme d'après les résultats fournis par l'autopsie, on peut admettre qu'il y a eu une lésion initiale sur le péritoine péri utérin. En définitive Hervieux fait entre ses deux formes de péritonites suraigues scepticémiques la différence que nous faisons actuellement entre le phlegmon diffus et le phlegmon diffusé.

Au point de vue de la conduite à tenir dans ces cas là nous sommes de l'avis de MM. Voron, Tixier, Jaboulay pour qui l'intervention chirurgicale est inutile. Elle est inutile nous y insistons parcequ'étant donné l'état actuel de la chirurgie du péritoine, quoiqu'on fasse on ne guérit pas quand la péritonite est généralisée. Monsieur le Professeur Jaboulay croit

avoir guéri une fois jusqu'à présent une péritonite généralisée.

Il ne faudrait pas conclure de ce que nous avons dit que nous combattons de façon résolue l'intervention dans la péritonite puerpérale généralisée, ou d'emblée générale. Nous considérons au contraire que l'on doit intervenir et cela parceque s'il est entendu que dans ces formes on n'aura pas de succès, c'est là cependant une chose rationnelle à tenter. Le Chirurgien prendra donc le bistouri sans enthousiasme pour iniser, mais son devoir est de le prendre. Un autre motif plus puissant qui fera que l'on doit intervenir est que maintenant ainsi que nous l'avons déjà dit, l'examen du malade, la symptomatologie qu'il présente font souvent penser à de la péritonite généralisée alors qu'elle n'est que localisée et que ce sont ces cas qui donnent des guérisons de pseudo péritonites généralisées. Rester les bras croisés serait donc un crime, parce que l'abstention arriverait finalement à créer la chose que l'on diagnostique, la péritonite généralisée.

Un autre motif qui milite en faveur de l'intervention et que l'on peut avoir affaire à un cas de péritonite non encore généralisée. mais en train de diffuser. L'opération fait alors cesser le phénomène de la diffusion.

Concluons donc cette première partie du traitement de la péritonite puerpérale en nous résumant

La péritonite puerpérale généralisée a tout le péritoine et au dessus de toutes les ressources de l'art chirurgical, Elle est en cela comparable à toute péritonite

généralisée. Jamais l'acte opératoire ou presque jamais n'en n'a guéri aucuné. On doit cependant intervenir parce que le diagnostic de péritonite généralisée est parfois porté alors que la péritonite ne l'est pas et aussi mais cette seconde raison a moins de valeur parce que c'est la seule chose qui puisse encore se faire rationnellement.

Considérons comme close et au point la discussion sur le traitement de la péritonite puerpérale généralisée et voyons comment on doit se comporter dans les formes aiguës diffuses ou dans les formes subaiguës.

Un point particulier constitue le nœud de la discussion c'est la présence de l'utérus infecté, comparant l'utérus infecté à l'appendice infecté des chirurgiens disent que l'organe origine du mal doit-être ôté et ils prétendent que par cette conduite un autre but que la suppression de la cause est atteint c'est le drainage vaste et assuré de la cavité abdominale, le drainage doit évidemment être pris en considération. Suivant les idées admises actuellement une colpotomie peut vider complètement, une collection qui bombe dans le vagin, Mais elle ne draine pas dans la suite, elle ne fait que vider la poche, son résultat est immédiat « La colpotomie est capable de drainer le pelvis et encore incomplètement, pas du tout le grand péritoine. Mauclair, Mouchotte dans son observation 83 refait la laparotomie après colponie. Dans une péritonite le drainage doit être continu, le pus se formant continuellement et pour établir un drainage efficace, il

faut suivant la comparaison classique ôter la bonde que constitue l'utérus. (Tuffier et Bonamy : Rev. de Gynecologie 1893. Bonamy, th. de Paris 1899. Trota thèse de Naples 1902. Adde, thèse de Lyon.)

En réalité toutes les fois où une intervention est faite dans les cas d'appendicite abcédée, on nous a toujours appris qu'il ne fallait pas s'entêter à trouver l'appendice pour le supprimer de peur de rompre des adhérences et de créer ce que l'on redoutait, une péritonite généralisée. La cause n'est donc pas supprimée et cependant la plupart du temps la conduite tenue sauve l'opéré. Dans les cas de phlegmons de la main avec adeno phlegmon axillaire, on n'ampute pas la main pour sauver le malade.

Dans la péritonite puerpérale, la même conduite doit être tenue. S'il s'agit d'une péritonite généralisée, ce n'est pas l'ablation de l'organe malade qui fera guérir l'opérée, puisque la guérison est impossible. (Soudille Revue de gynocologie 1905.) Si la péritonite n'est pas généralisée, elle est en train de diffuser et ce sont ces cas qui donneront des succès opératoires, l'hystérectomie est encore inutile, une laparotomie rapide, un drainage abdomino-vaginal bien fait, nous donnera le résultat cherché. (Le Dentu traitement de l'infection puerpérale aigüe. Pinard : Congrès de Madrid. Boquel, Archives médicales d'Angers 1903)

Ces derniers temps, en fait de péritonite on voulait toujours fermer le péritoine et ne pas drainer. Le péritoine se défendant mieux seul, quand il est fermé on doit le clore. Le drainage enfin pour les partisans

outranciers de la fermeture du péritoine ne sert à rien. Nous croyons qu'entre une large incision péritonéale et une toute petite incision il y a une différence. Si la grande est méchante, l'autre permet un drainage et un drainage utile. Toute les fois où nous avons vu mettre un drain dans un péritoine, nous avons vu le drain donner quand il y avait du liquide dans la séreuse. Un drainage qui ne draine pas, ne le fait pas parce qu'il n'y a rien à drainer, et doit être supprimé. De ce fait, nous concevons, le drainage péritonéal fait par une petite ouverture, et sa suppression dès que rien ne s'écoule par le drain c'est-à-dire, vers le 3^{me} ou le 4^{me} jour quand il s'agit du péritoine. En ce faisant on ne risque pas enfermer le loup dans la bergerie, on ne court pas le risque d'éventration puisque le drain s'enlève rapidement.

Contre l'hystérectomie d'autres causes s'élèvent encore. L'appendice cause de péritonite ne peut être comparé à un utérus cause de péritonite. Si on les considère comme localisation du foyer initial qui envahira secondairement l'économie, ils sont peut-être comparables. Mais comme anatomie, comme vascularisation surtout les deux organes sont tout différents. On sait combien un utérus post partum a de gros vaisseaux. Opératoirement dans l'hystérectomie post-partum, d'après tous les auteurs qui ont eu l'occasion d'en faire, l'hémostase est très possible, peut être plus longue, plus minutieuse que normalement mais somme toute facile. Un seul temps est difficile c'est la désinsertion du vagin sur le col devenu mou et de ce fait difficilement repérable. Suivant

la comparaison de A. Polosson, vagin et col utérin se continuent et ne donne plus l'impression du prépuce recouvrant le gland.

Si l'on se reporte aux idées pathogéniques que nous avons énoncées, nous voyons que l'infection pour se rendre de l'utérus au péritoine suit la voie lymphatique et la voie sanguine. Anatomo-pathologiquement toutes les veines sont thrombosées ou en imminence de thrombose.

Or si dans toute hystérectomie ordinaire pour fibrome, cancer ou salpingite les suites opératoires sont souvent normales, bien des fois on constate des embolies les jours qui suivent. Le fait de pratiquer une hystérectomie dans un milieu très vasculaire ou les ligatures seront beaucoup plus nombreuses du fait de l'état de dilatation des veines, milieu qui est de plus infecté, dont les veines sont thrombosées ou en imminence de thrombose doit faire rejeter de façon absolue l'hystérectomie, non pas à cause de la difficulté opératoire mais bien à cause des embolies.

Nous ne considérons pas l'opinion des accoucheurs pour qui l'utérus est quelque chose d'intangible à causes des grossesses futures. Si l'hystérectomie devait guérir, il n'y aurait pas d'hésitation possible et on ne pourrait considérer que comme une sensiblerie mal placée, le fait de conserver un utérus pouvant servir dans un temps futur alors que la mort pourrait être la conséquence de la conservation.

L'hystérectomie que dans les lignes qui précèdent nous avons combattue systématiquement doit cependant être considérée comme un moyen héroïque

dans certains cas. Les idées que nous allons émettre dans la suite justifieront en même temps notre conception exclusivement abdominale de l'hystérectomie.

Dans les cas de perforation utérines, criminelles, chirurgicales, dans les perforations tardives dues à la chute d'un eschare de gangrène, dans les cas d'abcès utérins, dans les cas où l'utérus n'est qu'une éponge de pus, l'hystérectomie seule devra être faite systématiquement. (Morlet : thèse Paris, 1905. Kownatsky, Léopold).

Dans ces cas la laparatomie seule pourra permettre un examen approfondi de l'utérus, en montrer les lésions, et faire décider l'hystérectomie. C'est dire suffisamment que l'hystérectomie vaginale est à rejeter.

Elle est peut être plus rapide, moins choquante que l'abdominale, mais c'est une opération aveugle en ce sens qu'elle ne montre pas quelles sont les lésions péritonales et utérines. Elle draine, la chose est incontestable, mais elle peut supprimer un organe à conserver et parfois un drainage abdomino vaginal seul aurait suffi à empêcher l'extension d'une péritonite en train de diffuser et partant à amener la guérison (Rey, Boldt, Brm).

Nous sommes si nous voulons conclure, les adversaires de l'hypertérectomie systématique dans la péritonite puerpérale.

Nous sommes les adversaires de l'hystérectomie à moins qu'elle ne soit indiquée par des lésions nettes siégeant sur l'utérus et les annexes en particulier la perforation utérine,

Toujours on fera une laparotomie qui nous fera clairement juger si on est en droit d'ôter l'utérus. Un drainage abdomino-vaginal est bien suffisant pour arrêter une péritonite dans sa diffusion.

(Boldt. traité de l'infection puerpérale 1903. Rev : Gazette de Toulouse 1904, Léopold : traitement opératoire de la péritonite puerpérale, Archiv. für Gynaïk 1906)

Tous les auteurs s'inquiètent pour intervenir de l'anesthésie. Sera-ce une anesthésie vraie, longue ? Emploira-t-on le chloroforme ou l'éther ? Ne trouvera-t-on pas mieux de faire une simple anesthésie locale à la cocaïne, à la novocaïne, au chlorure d'Esthyl ? D'autres se demandent même s'il ne serait pas mieux de supprimer l'anesthésie. (Sourdille, Mouchotte.)

Tous s'inquiètent encore de la position à donner à la malade. La mettra-t-on en Trendelenbourg ou non ?

Pour nous toutes les questions sont subsidiaires et on agira suivant les indications fournies par la clinique. Quand on a se demander si on pourra endormir la partie est bien compromise du fait de la faiblesse de l'opérée.

Notre avis est que pour opérer une péritonite puerpérale, il faut se mettre dans les conditions de toute opération chirurgicale et endormir plus ou moins profondément suivant le cas, son malade étendu dans une salle chaude avec l'anesthésique habituel. La position de Trendelenburg ne sera à l'opérée que si on fait une hystérectomie, auquel cas

on protégera le grand péritoine avec des compresses en nombre suffisant. Si la laparatomie et le drainage suffisent la position horizontale elle aussi suffit.

En somme ces actes préopératoires en quelque sorte sont de peu d'importance par rapport au moment où l'on doit opérer,

L'opération doit être faite dès les premiers symptômes de péritonite. Le diagnostic est parfois difficile mais cependant possible avec un examen attentif.

La rapidité, la petitesse du pouls, le désaccord existant entre le pouls et la température, l'aspect de la malade, l'altération des traits, les vomissements doivent pousser à l'intervention. Tous les anciens auteurs enfin signalent même dans les formes les plus frustes (Hervieux, Jacquemier) la douleur à la pression abdominale douleur sourde demandant à être recherchée avec soin.

Dès qu'une malade présente ces symptômes, même ébauchés il faut intervenir car en fait de péritonite puerpérale, comme pour les autres péritonites, le moment de l'intervention joue un rôle capital et plus on est près du début plus on est sûr de guérir.

Il peut se faire que la laparatomie montre un péritoine sain, mais il vaut mieux commettre une laparatomie bénigne pour rien, que de laisser évoluer une affection en imposant pour une péritonite.

Il faut se souvenir que toutes les fois où on doute d'une lésion péritonéale, elle existe la plupart du temps, et qu'il vaut mieux pour une malade courir les chances d'une laparatomie hative que les chances

de l'expectative amenant la confirmation d'un diagnostic hésitant.

Les soins opératoires seront ceux que l'on donne habituellement aux opérés de péritonite. La toilette du péritoine sera aussi légère, aussi brève et aussi complète que possible soit avec des compresses qui s'imbiberont du pus, soit avec l'aspirateur de Villard Toilette péritonéale minime comme longueur et traumatisme, pas de lavage au sérum, pas de brassage des anses intestinales. Telle est selon nous la conduite idéale.

Doit-on mettre dans le péritoine des substances qui l'aiderait à se défendre ? Doit-on le lubrifier pour empêcher l'absorption des produits sécrétés à son niveau ?

Dire le contraire à l'heure actuelle paraît osé et se faire passer d'esprit rétrograde. Arnaud dans sa thèse avait convaincu que l'huile camphrée était un médicament excellent et dans beaucoup de cas rapportés par cet auteur, tant il met d'ardeur à prouver sa méthode, on croit que le succès est dû au médicament. La plupart des auteurs Lyonnais ont à la suite de ce travail, injecté leurs péritonies malades à l'huile camphrée. Quant à l'heure actuelle on leur demande leur avis on voit que tous en ont beaucoup rabattu, d'aucuns même ont l'air de vous dire qu'ils en mettaient parceque c'était la mode, mais tous paraissent penser sans oser l'affirmer que l'huile camphrée ne sert à rien.

L'Ether, dernière venue, nous avait conduit, à la suite des communications de Morestin et surtout à

la suite d'un cas de M. Patel, cas dont nous rapportons l'observation. A la suite d'échecs, en clinique, nous sommes moins convaincus. De plus des expériences de Santy il sembla découler que l'éther n'est pas aussi innocent que l'on veut bien le croire parce qu'il lèse l'endothélium péritonéal.

Notre Maître M^r le Professeur Jaboulay, enseigne qu'un péritoine enflammé doit être laissé tranquille une fois incisé. Suivant sa propre expression : Mettre quelque chose dans un péritoine enflammé pour augmenter sa défense constitue une hérésie. » Il n'admet qu'une chose l'iodage du péritoine dans les cas où il présente une surface cruentée, infectée, saignotante siège d'adhérences que l'on vient de rompre (Jaboulay iodage du péritoine).

Nous admettons les idées de M. le Prof. Jaboulay, mais cependant ainsi qu'en témoigne l'observation de Patel, à la première intervention subie par la malade on avait fait un pronostic de deux heures, nous croyons que dans les cas désespérés on est autorisé à mettre de l'éther dans le péritoine, à cause du coup de fouet violent donné à l'organisme, à cause de la réaction qu'il crée immédiatement, réaction que l'on peut reproduire les jours qui suivent l'intervention en en injectant par les drains.

DIAGNOSIC DES PÉRITONITES PUERPÉRALES

Le diagnostic des péritonites puerpérales serait si l'on en croit beaucoup d'auteurs, d'une difficulté extrême presque impossible, une surprise d'autopsie dans beaucoup de cas. De prime abord la chose paraît paradoxale, une infection péritonéale se révélant ordinairement par des symptômes assez nets, ne pouvant faire penser à une autre affection qu'à une phlegmasie péritonéale.

Ce qui rend aux accoucheurs le diagnostic difficile est le petit nombre de péritonites puerpérales qu'ils sont appelés à voir du fait de leurs grands soins, de leur rigoureuse asepsie. La péritonite puerpérale n'est pas de nos jours une complication infectieuse fréquente. A peine encore voit on parfois des infections utérines, des salpingites puerpérales. Il résulte de cet état de chose que l'on localisera plus volontiers, les causes d'une pyrexie du côté de l'utérus, des annexes, que l'on fera mieux le diagnostic de septicémie, de pyohémie puerpérale laissant de côté le péritoine parce que l'on a peu l'habitude d'y penser ou tout au moins le diagnostic sera fait à une

époque ultime lorsque le tableau péritonéal sera complet, la fin proche, et que tout espoir de sauver la malade même chirurgicalement sera perdu.

En réalité le diagnostic de péritonite puerpérale est un diagnostic qui se fait. Comme dans toute péritonite trois symptômes cardinaux existent sans dominer la scène toujours, mais nets, si on les recherche.

Ces trois symptômes sont :

La douleur vive en coup de pistolet traduisant l'infection péritonéale.

L'hyperesthésie cutanée généralisée à toute la paroi abdominale.

Les vomissements enfin avec tous leurs caractères typiques.

Accompagnant ces trois symptômes, mais ne possédant pas la même valeur, parce que communs à la péritonite et à d'autres états puerpéraux ; la constipation opiniâtre, les frissons, le pouls, la température, le météorisme abdominal.

La douleur abdominale manque peu souvent dans les cas de péritonite. On a signalé des péritonites à forme silencieuse mais ce ne sont que des exceptions.

Cette douleur ressentie d'abord en un point de de l'abdomen, dans les fosses iliaques le plus généralement se généralise de suite, empêchant les mouvements, gênant la respiration, donnant à la malade son attitude caractéristique.

Les vomissements entrent en scène quelques instants après. Ordinairement, au début, ils sont alimentaires, d'autres fois d'emblée bilieux et fécaloïdes,

Les premiers sont excessivement pénibles pour la malade et exagèrent ses douleurs abdominales. Peu à peu, ainsi que le hoquet qui les accompagne, ils se font sans effort machinalement.

Toute parturiente, même infectée, à moins que l'ont ait à faire à une femme présentant des accidents de stercorémie, ne vomit ordinairement pas. Si elle vomit ce ne sera qu'une fois, deux fois au plus, mais jamais ces vomissements ne présenteront la ténacité de ceux de la femme ayant une péritonite. Ainsi que le dit notre maître, Monsieur le Docteur Plauchu, en fait de diagnostic de péritonite puerpérale, le symptôme vomissement conserve toute sa valeur, à moins que la malade n'ait mangé peu avant à moins qu'elle n'ait un léger malaise, qui expliquerait un ou deux vomissements. Généralement la nouvelle accouchée ne vomit pas, quelque soit son état et des vomissements, répétés signent presque à coup sur le diagnostic de complication péritonéale.

L'hyperesthésie cutanée abdominale demande à être recherchée avec le plus grand soin. La palpation décèlera en même temps la contracture.

Le ballonnement abdominal est plus infidèle comme signe de péritonite, en ce sens qu'il ne s'installe que plus tard et fait suite à la contracture des muscles. Commencant souvent par les fosses iliaques, il remonte peu à peu se généralise et à ce moment la respiration est gênée.

Les frissons sont communs à tous les autres états puerpéraux et ne rendent par conséquent le tableau que plus complet. le pouls, la température, ne sont

pas non plus bien différents de ce qu'ils sont dans les autres infections puerpérales graves et sont plutôt un élément de pronostic que de diagnostic.

La constipation opiniâtre se voit ordinairement dans la péritonite puerpérale, du fait de la paralysie intestinale. Parfois, au contraire existe une diarrhée profuse et dans ce cas souvent les vomissements cessent. Cette constipation opiniâtre est intéressante à connaître car elle seul peut faire errer le diagnostic et parfois en imposer pour une péritonite.

Cette constipation s'accompagne de ballonnement. La palpation est douloureuse. Du côté de l'utérus, les lochies sont souvent fétides, de mauvaise couleur. Dans ce cas l'interrogatoire mettra sur la voie du diagnostic, en faisant connaître que la malade est une constipée. La douleur à la pression n'est pas aussi vive que lorsqu'il s'agit de péritonite.

Le pouls est rapide, de bonne tension. Le facies est souvent vultueux au lieu d'être grippé, sardonique. Un lavement énergique, un purgatif, détruira vite tous ces pseudo-symptômes de péritonite.

En définitive, si l'on veut conclure, le diagnostic de la péritonite puerpérale se fait peu souvent, parce que cette complication infectieuse est quelque chose de rare, mais c'est un diagnostic très possible quoiqu'on en ait dit, avec les trois symptômes cardinaux qui dominent toute infection péritonéale.

Douleur

Hypéresthésie cutanée et contracture.

Vomissements enfin qui signent le diagnostic par leurs caractères et par le fait du sujet chez qui ils se

montrent. Répétons encore l'avis autorisé de M. le Docteur Planchu.

« Se méfier de l'infection péritonéale, chez la nouvelle accouchée qui vomit et la surveiller attentivement, »

OBSERVATION I

Perforation utérine abortive: Colpotomie. Mort.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Plauchu).

Sch... Thérèse, 28 ans. Entre le 20 janvier 1912, à 5 heures du soir, dans un état très grave, avec une péritonite généralisée.

Fausse couche de deux mois, dans le courant de la semaine dernière, entre le 8 et le 12 janvier. Aucuns renseignements permettant de supposer que l'avortement fût provoqué. La malade prétend être tombée d'un train.

Le lundi 15 janvier, elle est vue par deux médecins en ville, qui lui font un curage (?) suivi d'écouvillonnage.

Le 20 janvier, elle entre à l'hôpital avec tous les symptômes d'une péritonite: Ventre ballonné et uniformément douloureux à la pression; dyspnée. Pouls à 170, température 41°, facies caractéristique.

A 9 heures, le chirurgien de garde fait une colpotomie. Il s'écoule la valeur d'un verre d'un liquide qui n'est pas nettement du pûs, mais qui est louche et sanguinolent, d'odeur putride.

Le 21 janvier, à 3 heures du matin, mort.

Le 22 janvier. Autopsie: A l'ouverture de l'abdomen, on constate que l'épiploon est infiltré, recouvert d'exsudats péritonéaux. Les anses grêles sont également agglutinées entre elles par des fausses membranes très lâches; en somme, péritonite généralisée.

L'utérus baigne au milieu d'un liquide sale, d'odeur putride. On trouve, au niveau du fond utérin, une brèche de la longueur d'une petite paume de main.

L'utérus est alors enlevé et on constate qu'il est recouvert d'adhérences lâches, que son fond est occupé par une large brèche à bords irréguliers.

OBSERVATION II

Avortement très probablement criminel. Infection. Péritonite. Laparotomie. Drainage abdomino-vaginal.

(Guérison due à M. PLAUCHU).

Ch... Antoinette, 23 ans, entre à l'hôpital le 25 juin 1912, pour un avortement.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants.

Antécédents personnels : Bonne santé habituelle. Réglée à 13 ans régulièrement.

État actuel : Dernières règles le 22 février. Début de la grossesse normal.

Le 18 juin, la malade aurait fait un effort violent. La nuit même elle aurait eu une perte de sang avec caillots. Elle vit un petit fœtus de 10 cent. environ.

Depuis, elle a continué à perdre. La délivrance n'était pas faite.

Le 25 juin au matin, un médecin envoie la malade à l'hôpital.

Le 26 juin. Expulsion de la délivrance putréfiée.

Le 28 juin. Exploration de l'utérus qui est trouvé libre.

Injection intra-utérine.

Le 29 juin. Température à 40°. Injection de 1 cc. d'essence térébenthine. Grand frisson le soir.

Le 2 juillet. La température semblait descendre un peu. On a fait à la malade, hier et aujourd'hui, un lavage iodo-ioduré. Pénétration difficile de la sonde dans l'utérus.

Examen objectif : Rien de particulier. L'état subjectif reste excellent. Malade ne se plaint de rien.

Le 3 juillet. Frisson hier au soir, un autre cette après midi, le soir température 40°.

Examen objectif, rien de particulier.

L'état subjectif reste excellent. Malade ne se plaint de rien.

6 juillet : La malade, dont la température s'abaissait et qui semblait en voie de guérison, se plaint de souffrir du ventre depuis cette nuit. Elle accuse de la douleur au

niveau de l'injection térébenthinée, pourtant l'abcès n'a pas pris.

Ventre ballonné, météorisé, sonore. A la palpation la douleur est vive au-dessus du pubis.

La malade a eu hier et ce matin quelques vomissements. La température est un peu remontée à 38°2. Elle souffre du ventre et un peu de dyspnée.

Abdomen ballonné, sonore en haut, matité dans les parties basse. Pouls rapide, 136, 140.

On fait le diagnostic de péritonite et la malade passe chez M. Delore.

Laparotomie. A l'ouverture : Deux litres de pus, peu lié, fétide, s'écoulent de suite. On sent l'utérus dans la collection, mais on ne peut l'inspecter. Derrière l'utérus, au doigt, M. Delore crève une nouvelle poche. Il sort un litre de pus. Ouverture du Douglas. Drainage abdomino-vaginal.

La malade fait un séjour de deux mois dans le service de M. Delore et sort vers le 15 septembre. Guérie.

OBSERVATION III

Perforation abortive du fond utérin. — Péritonite hyperseptique. — Mort.

(Due à l'obligeance de M. le Dr Plauchu).

B..., née J..., 34 ans, entre le 13 janvier 1912 à l'hôpital.

Elle n'a jamais fait de maladies graves dans l'enfance.

Une grossesse il y a neuf ans. Accouchement normal. Enfant bien portant. Pas de fausse couches dans l'intervalle.

A eu plusieurs crises de coliques hépatiques avec ictère depuis son accouchement.

En juillet avait métrorragies abondantes. Sang rouge mêlé de caillots. Diminution de ces hémorragies en septembre.

Dernières règles normales le 14 novembre 1911.

Chez elle la malade a eu quelques frissons avec température élevée. On a aucun renseignements précis permettant d'affirmer que l'avortement a été provoqué. Il y a cepen-

dant des présomptions en faveur de ces manœuvres abortives.

Le 13 janvier 1912, entrée dans le service, avec un œuf vraisemblablement ouvert. Elle ne perd pas, mais a quelques douleurs.

Dans la nuit du 13 au 14, expulsion du fœtus mœré d'une longueur de 7 à 8 centimètres.

Le matin, température : 38°2 ; le soir, 39°6.

Le 15, devant la persistance de la température, 38°5 et la rétention placentaire, on décide un curage digital.

A ce moment, la malade ne présente aucuns symptômes graves. Le pouls n'est pas rapide, le ventre est souple, un peu douloureux pourtant au niveau de l'utérus.

Au toucher, col mou en entonnoir, l'orifice interne admet à peine l'index.

Anesthésie à l'éther. Un doigt introduit dans l'utérus arrive jusque sur le placenta qui est décollé et déchiqueté. Tandis qu'une main abdominale maintient le fond utérin, on retire quelques débris placentaires et on essaye de faire de l'expression de l'utérus une main introduite dans le vagin appuyant sur la face postérieure de l'utérus, tandis que la main abdominale coiffe le fond utérin et l'exprime. Cette manœuvre n'amène dans le vagin que quelques débris placentaires.

Devant l'insuccès de ces manœuvres, on s'arrête, espérant que le placenta s'éliminera seul, quitte à recommencer si les événements le voulaient.

Injection intra-utérine iodo-iodurée. La sonde pénètre facilement. Le liquide ne ressort pas de suite. Pensant qu'un débris placentaire bouche la sonde, on la retire un peu et le liquide s'écoule normalement.

La malade se réveille bien, son pouls est bon, normal. Deux heures après la malade se plaint d'un violent point de côté à droite. Son ventre est un peu douloureux. Dyspnée légère. Pouls un peu rapide.

Vers 3 heures de l'après-midi, la malade est cyanosée à une dyspnée intense (50 mouv. resp. à la minute). Le pouls est filant à 160.

Les muqueuses ne sont pas décolorées. On pense à une

embolie pulmonaire plutôt qu'à autre chose. A 4 heures de l'après-midi, mort avec les mêmes symptômes.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, congestion légère de l'intestin et de l'épiploon. En soulevant les anses intestinales pour explorer l'utérus et le petit bassin, s'échappe une petite quantité de liquide légèrement jaunâtre. Il n'y a pas d'exsudats visibles à ce moment et la surface péritonéale paraît lisse. L'utérus visible par son fond et sa face antérieure à un aspect normal. En l'attirant on entraîne l'intestin qui présente avec sa face postérieure quelques adhérences lâches qui se détachent d'elles-mêmes et l'on voit alors sur la face postérieure de l'utérus une solution de continuité de la surface d'une grosse lentille entourée de quelques exsudats sanguinolents. Dans le Douglas s'est accumulé un liquide louche légèrement sanguinolent. Toute la face postérieure de l'utérus est rouge ainsi que la surface du péritoine pariétal. L'utérus est enlevé en totalité. L'autopsie des autres organes n'a pas été faite.

OBSERVATION IV

Avortement probablement criminel. — Infection streptococcique généralisée. — Péritonite puerpérale. — Mort 11 jours après le début des accidents.

(Due à l'obligeance du Dr Plauchu).

Ag. R..., 24 ans, entre le 6 juin, service des typhiques douteux et renvoyée à la maternité avec le diagnostic de fausse couche.

A eu une bonne santé antérieure. Rougeole à 6 ans. Réglée à 16 ans régulièrement. Pas de tuberculose, pas de syphilis.

Dernières règles en novembre. Le 26 mars, quelques pertes qui durèrent le même temps que ses époques.

Pas de gonflements des seins, pas de vomissements. Constipation persistante. Pas d'augmentation de volume du ventre. La malade n'a pas senti remuer.

Le vendredi 2 juin la malade, qui jusque-là se portait bien

et avait fait encore la veille son service d'infirmière, commença à se sentir le matin des douleurs dans le ventre. Ces douleurs augmentèrent, le soir elle a des frissons, une température de 41°2. On fait appeler l'interne de garde qui ne trouve pas grand'chose : pouls un peu rapide, ventre légèrement douloureux, de la diarrhée ; pas de pertes, de la céphalée, une rate un peu grosse et une ou deux taches rosées suspectes. Il reçoit aux typhiques douteux.

Le samedi les douleurs abdominales continuent. La température est de 40°.

Le dimanche elle commence à perdre abondamment en caillots.

Les deux jours suivants on note les mêmes symptômes et la malade affirme ne pas avoir expulsé de fœtus.

Le mardi soir 7 juin, entre à l'infirmerie de la maternité.

Le mercredi, spontanément elle expulse des débris de placenta putréfiés méconnaissables.

Après l'expulsion, l'hémorragie ayant cédé on se contente d'une injection intra-utérine. Si la température persiste on se réserve de faire autre chose.

A l'examen : Ventre ballonné très douloureux à la pression. Langue saburrale. Pouls à 110.

Cœur : Premier bruit souffrant ; second bruit claqué.

8 juin. Hier soir température à 40°, essai de curage digital, utérus presque fermé. Injection utérine.

Le matin à 7 heures, vomissements bilieux.

9 juin. Température stationnaire. Les vomissements ont cessé. Ventre toujours ballonné et douloureux à la pression. Etat général mauvais. Facies de péritonite aiguë. Pouls rapide à 120, température 40°.

10 juin. Abscès de fixation.

11 juin. Second abcès. Etat général très précaire. Pouls incomptable.

13 juin. Morte à 7 heures le soir. Les abcès n'ont pas pris.

15 juin 1910. *Autopsie* : Lésions de péritonite généralisée. Pus peu abondant. Anses agglomérées et reliées entre elles par des exsudats purulents abondants. Intestin très distendu, estomac très dilaté.

Cavité thoracique : Plèvres et péricarde injectés et tapissés par des exsudats purulents, surtout abondants vers le diaphragme.]

Poumons : Lésions banales de congestion et d'œdème.

Cœur : Petit, il existe un certain degré de sténose mitrale. Les deux valves sont soudées. Rien à l'aorte.

Rate : Hypertrophiée, pèse 200 grammes.

Utérus : Petit, recouvert et adhérent à l'anse sigmoïde. Il adhère aussi en arrière, adhérences lâches et rompant facilement. Pas de pus collecté. La surface utérine est lisse. Pas de perforation. On enlève l'utérus. Dans sa cavité pas de trace de placenta. La pression du muscle utérin ne fait pas sourdre de pus. Dans la cavité seulement quelque débris de caduque d'odeur fétide. La muqueuse très congestionnée est déjà très restaurée. Un traitement utérin aurait été illusoire et inutile.

Appendice normal et libre. Rien du côté de l'intestin. L'ouverture de la face de l'iléon ne montre pas de plaques de Peyer.

La généralisation des lésions rendrait inutile la laparotomie. Les lésions péritonéales, péricardiques, pleurales ont sans doute évolué concomitamment.

OBSERVATION V

*Péritonite consécutive à une perforation de l'intestin grêle.
Extériorisation de l'anse perforée, éthérisation du péritoine, guérison.*

(Due à M. le Professeur agrégé Patel).

Une femme, âgée de 57 ans, entrée le 13 mai 1913 dans le service du Prof. Jaboulay que j'ai l'honneur de suppléer, avec le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée.

L'affection actuelle paraît remonter à cinq mois environ. A ce moment la malade se plaignit de troubles digestifs vagues, de coliques légères avec maximum du côté de la fosse iliaque droite. Les troubles restèrent atténués pendant

quelques temps. Le 5 mai, les douleurs reparurent plus fortes, faisant songer à une appendicite véritable. Le repos au lit dut être gardé. Le 11 mai au soir, douleur très brusque du côté droit de l'abdomen : sensation de déchirure ou de tension en même temps, le ventre se météorise, la constipation apparut. Les vomissements bilieux fécaloïdes survinrent, l'état général s'affaiblit très vite. La malade fut alors dirigée sur l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Arrivée le 13 mai au matin. A ce moment, le tableau clinique de la péritonite généralisée était au complet. L'état général paraissait très gravement atteint ; les lèvres étaient violacées, la respiration superficielle et rapide. Le nez et les mains étaient froids totalement, l'abdomen était très météorisé, la paroi immobile. Pas de péristaltisme intestinal, submatité dans les flancs, sensation de résistance plus grande dans la fosse iliaque droite.

Le diagnostic de péritonite généralisée d'origine appendiculaire probable fut posé. Après quelques hésitations, étant donné l'âge et l'état de la malade, je décide une intervention.

Opération le 13 mai 1913 (38 heures après le début des accidents péritoneaux), incision de Roux après anesthésie légère à l'éther. Le péritoine ouvert, il s'écoule un liquide très fétide suivi bientôt de l'issue d'un liquide fécaloïde contenant nettement des matières fécales jaunâtres. Aucune adhérence ; pas de fausses membranes, le liquide s'écoule en bavant, vient de tous les coins de l'abdomen si l'on soulève une anse intestinale, la péritonite est donc bien généralisée.

Le péritoine est assuré aussi bien que possible avec l'aspirateur de Villard et des compresses. Le pelvis est rempli de matières fécales.

Rapidement l'appendice est attiré au dehors. Il est absolument sain ; en attirant l'intestin grêle, je découvre à 20 ou 25 centimètres de la valvule de Bauhin, une perforation sur le grêle, sur la face opposée au mésentère, taillée à l'emporte-pièce, du diamètre d'un gros poids ; du liquide intestinal s'écoule à flot par cet orifice.

Cette anse intestinale est extériorisée, puis par l'incision, je fais verser 150 à 200 cc. d'éther anesthésique dans la

cavité péritonéale, l'éther disparaît rapidement dans le pelvis et dans tout l'abdomen.

Fermeture incomplète en laissant l'anse perforée en dehors de la plaie.

Suites opératoires : La malade transportée dans son lit est fortement choquée, le pouls se précipita encore davantage au point de devenir imperceptible au moment de la mise de l'éther dans la cavité péritonéale. Au bout de dix minutes, il se releva. La malade était très pâle et resta dans cet état pendant plusieurs heures complètement somnolente, sans pouvoir articuler la moindre parole. Le soir, elle avait repris des couleurs, se sentait très bien et il y avait un contraste saisissant entre l'état du soir et celui du matin. On ne fit que 500 grammes de sérum comme traitement complémentaire.

L'amélioration fut surprenante de rapidité. La malade put s'alimenter quelques jours après, la fistule stercorale laissait écouler une très grande quantité de liquide intestinal.

Craignant une dénutrition rapide et voyant l'état général bon, je pratiquai le 24 mai, soit onze jours après la première opération, une exclusion unilatérale de l'intestin grêle avec abouchement iléo-sigmoïdien.

Actuellement les matières ne passent plus par la plaie, l'anse intestinale a réintégré l'abdomen et je compte dans une opération ultérieure en pratiquer la résection.

OBSERVATION VI

Jeannin In th. RAYMOND. Obs. II

*Infection puerpérale. Colpotomie, puis drainage
abdomino-vaginal.*

Il intervient chez une femme présentant des phénomènes pelvipéritonitiques à la suite de manœuvres abortives. Il y avait un plastron sus-pubien limité. Curettage, colpotomie, c'est à peine s'il s'écoule quelques gouttes de liquide, car une anse intestinale météorisée vint fermer la plaie à la manière d'un clapet. La malade fut mise immédiatement

dans la position de Trendelenburg et il pratiqua la laparotomie. Il y avait une péritonite généralisée. Laparotomie et drainage vaginal. Jeannin conclut que la laparotomie ne donne pas plus de shock que la colpotomie et que de plus elle permet des lavages de sérum qui sont la seule partie importante de l'opération et favorisent la diurèse.

OBSERVATION VII

(Obs. III, *in. th.* RAYMOND)

Péritonite post-abortum. Echec de la colpotomie. Mort.

Péritonite débutant aussitôt après l'avortement. Deux jours après, malgré que le doigt ne sente aucune tumeur dans le Douglas incision du cul-de-sac postérieur ; on place un drain, rien ne s'écoule, sauf du sang. Mort 24 heures après par la continuation des accidents. Autopsie : Péritonite généralisée, pus abondant (4 litres). Le drain n'est pas dans la cavité péritonéale, mais bien dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Le péritoine s'est laissé refouler mais non effondré.

OBSERVATION VIII

In thèse ADDE.

Hystérectomie vaginale pour infection post-abortum. Mort.

Le Dr J. Coste, de Monplaisir, envoya dans le service de M. Poncet une femme de 38 ans, dont l'histoire était la suivante : Enceinte de deux mois, ayant déjà deux enfants, elle s'était fait avorter deux jours auparavant ; l'expulsion était faite depuis 48 heures quand M. Coste la vit à l'occasion de phénomènes infectieux graves. L'examen ne révélant aucune rétention placentaire et l'état paraissant grave, M. Coste pose l'indication d'une hystérectomie vaginale, et c'est pour cela qu'il adressa la malade à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen on trouvait, en effet, tous les signes d'un état

septicémique prononcé, dyspnée, pouls à 120, température 39°-40°, ventre douloureux, langue rôtie, urines rares avec albumine. Au toucher, le col était fermé, l'utérus un peu gros et douloureux.

A cause de l'inutilité de l'hystérectomie vaginale contre l'infection d'après les accoucheurs, on se borne à faire un lavage intra-utérin, à pratiquer un abcès de fixation et à injecter du sérum artificiel.

Au bout de 48 heures, l'état ne s'étant pas amélioré mais au contraire s'aggravant (T. 40°). M. Leriche pratiqua une hystérectomie vaginale. L'utérus très volumineux est mou, très friable, se déchire au moindre effort. Malgré les difficultés tenant à ce volume et à cette friabilité, l'intervention est pratiquée sans accidents, la malade étant à peine endormie (quelques gouttes d'éther) après injection de quelques centimètres cubes de pantopon. A noter que l'ouverture du péritoine s'accompagna de l'écoulement de quelques cuillerées de liquide louche, les pinces furent laissées à demeure. La malade est rapportée dans son lit très peu shockée. Malgré cette intervention elle mourut le lendemain sans phénomènes particuliers.

A l'examen l'utérus est complètement ramolli, la muqueuse tuméfiée, il n'y avait pas de rétention placentaire, pas d'abcès musculaire.

Je suis convaincu, conclut M. Leriche, que si j'avais cédé à une première inspiration et pratiqué l'intervention 48 heures plus tôt, au moment même où le docteur Coste en avait posé l'indication, cette malade aurait guéri comme la première.

Cette observation peut être donnée comme un argument contraire à l'intervention, puisque malgré l'hystérectomie cette malade est morte. Je crois qu'il faut raisonner tout autrement et considérer que si l'intervention n'a pas été heureuse, c'est qu'elle a été faite trop tard.

OBSERVATION IX

*Avortement criminel. Péritonite diffuse aiguë.
Hystérectomie abdominale totale. Mort en 100 heures*

MM. Plauchu et Arnaud. *Lyon Médical*, 3 août 1913).

Il s'agissait d'une jeune femme de 25 ans secondipare, qui se présente à la maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse, parce que, consécutivement à une fausse couche survenue la veille elle perdait abondamment du sang. La malade avait eu un retard de règles de trois mois et demi environ, et il s'agissait à coup sûr d'un avortement criminel, une sonde en gomme enveloppée dans un mouchoir ayant été trouvée sur elle. Température 38°5 ; pertes rouges assez abondantes, col largement dilaté. Dans l'hypothèse très probable d'une rétention de débris placentaires, il fut fait un curage digital de l'utérus qui permit de ramener en assez grande abondance des fragments du délivre. Injection intra-utérine iodo iodurée. Le soir la température est de 39°5.

Le lendemain matin la situation s'est manifestement aggravée. Température 39°, pouls à 130. Le malade a eu toute la nuit des vomissements et le matin encore un vomissement porracé. Le ventre est météorisé partout, sonore à la percussion et fort douloureux au palper, surtout dans la partie droite et à l'épigastre. Diète absolue, morphine ; glace. Le soir la température n'est plus que de 38°, mais le pouls est à 150. La malade vomit vert, le météorisme est toujours accentué.

C'est alors, le mercredi à 7 heures du soir, que je suis appelé. Le diagnostic d'infection péritonéale s'imposait. L'abdomen était assez fortement ballonné, partout sensible. La respiration diaphragmatique était cependant conservée. Le pouls battait à 150, cependant que la température n'était que de 38°. Facies grippé, caractéristique, dyspnée. L'état de bien-être relatif de la malade contrastait avec cet ensemble symptomatique.

Ne voulant cependant pas me fier à cette première im-

pression, je revis la malade une heure après. L'aggravation était manifeste. Le pouls était monté de 150 à 200, la dyspnée et l'agitation avaient augmenté et aussi l'euphorie.

Opération immédiate (aide M. Rigaud interne). Anesthésie à l'éther donné goutte à goutte sur une compresse. Laparotomie sus-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine il s'écoule une si grande quantité de liquide purée de pois claire, qu'un moment on croit avoir ouvert une anse intestinale. Il s'agit en réalité d'un épanchement abondant séropurulent libre dans le grand péritoine. Les anses intestinales sont moyennement distendues et hypervascularisées, quelques-unes sont recouvertes de larges placards verdâtres de fibrine.

L'utérus apparaît en forte antéversion bien au-dessus de la symphyse. Il est gros et mou. Dans sa partie visible on n'aperçoit pas de perforation. Il est saisi avec une pince de Museux et fortement attiré en haut. Il s'écoule alors un flot de pus verdâtre et bien lié, plus épais que celui qui occupe le grand péritoine ; ce pus est collecté aussi bien en avant qu'en arrière de la matrice.

Les annexes sont indemnes. Hystérectomie abdominale totale. Péritonisation haute avec l'S iliaque adossé au péritoine rétro-vésical ; ainsi est exclu le petit bassin où les lésions péritonéales sont maxima. 60 grammes d'huile camphrée à 1/10 sont versés dans l'abdomen qui est refermé sans drainage en deux plans, surjet péritonéal au catgut et plan total au fil métallique serré sur une mèche couchée dans la plaie opératoire.

L'utérus enlevé ne présente pas de perforation.

L'opération qui a été forcément un peu longue, terminée, la malade n'a plus de pouls, mais le facies est cependant rosé, non vultueux.

Le traitement post-opératoire d'usage en cas de péritonite diffuse est institué (lavements de sérum, position de Fowler rigoureuse, huile camphrée sous-cutanée ; 5 cmc toutes les 4 heures).

Le lendemain matin l'état de la malade, qui semblait devoir succomber dans la nuit, s'est légèrement relevé. Pouls à 120, mais de tension relativement amélioré. Tem-

pérature : 39°5. L'état péritonéal est assez satisfaisant. Le ventre est souple et non douloureux. Pas de ballonnement épigastrique. Quelque gaz auraient été émis. Le surlendemain matin, l'état, bien que toujours précaire, s'est notablement amélioré. Température : 38°3, pouls à 150, de tension suffisante. La malade a eu une selle dans la nuit ; la guérison semble désormais possible, mais le soir la température est remontée à 39°3, Il y a de l'agitation et la langue devient sèche. Pouls à 130-140.

Le jour suivant, situation stationnaire, langue plus sèche. L'examen général, bien que l'état péritonéal soit satisfaisant (ventre souple, émission de gaz, pas de nausées) semble de mauvais augure.

Le soir suivant la malade a mauvais aspect. Pouls petit à 140. Température 39°3. Agitation marquée, langue de plus en plus sèche. Le ventre est cependant toujours souple, mais comme la malade se plaint d'avoir l'estomac plein et s'introduit les doigts dans la bouche pour essayer de vomir, on tente de faire un lavage de l'estomac qui lavera l'organe s'il y a lieu et permettra d'y introduire une bouteille d'eau de Villacabras, mais à l'introduction du tube de Faucher la malade se cyanose et l'on renonce à cette manœuvre.

L'état continue à s'aggraver. La dyspnée augmente, le pouls deviens de plus en plus faible. Pas de vomissements. Mort dans le collapsus à 4 heures du matin, plus de quatre jours après l'opération.

A l'autopsie, le grand péritoine est sain, il ne présente aucune trace d'inflammation. L'étage sous-mésocolique tout entier est lubrifié par l'huile injectée dans l'abdomen. L'estomac, de dimension normale, est vide, les anses intestinales ont une coloration et un volume normaux, elles sont enduites d'une légère couche d'huile. Nulle part il n'y a de pus ni de fausses membranes ; seules quelques adhérences lâches unissent deux ou trois anses grêles aux lèvres de la plaie péritonéale insuffisamment affrontées.

Cette constatation nous fait regretter ne n'avoir pas introduits dans l'abdomen une plus grande quantité d'huile camphrée.

OBSERVATION X

*Péritonite aiguë post-partum. Colpotomie postérieure.
Guérison.*

in Thèse CHAZARAIN.

Femme de 45 ans. Quatrième accouchement. Péritonite aiguë dont la malade ne se relevait pas. Par le cul-de-sac postérieur du vagin, on lui fait une incision au bistouri par laquelle on vide un demi-litre de pus ; la femme guérit bientôt.

OBSERVATION XI

Hystérectomie dans l'infection puerperale.

in Thèse CHAZARAIN

Le 3 février 1895, appelé par le docteur Presseux à venir voir M^{me} V..., le docteur Presseux me donna l'histoire suivante de la malade :

Elle était âgée de 28 ans ; a eu 2 enfants et plusieurs avortements. Le 28 janvier, il fut appelé chez elle et lui trouva une température de 105° F. Elle lui dit qu'elle avait fait la veille un avortement. Sur quoi, le docteur l'anesthésia immédiatement et lui fit un curettage utérin. Un placenta putride grand comme la moitié d'une paume de main fut enlevé ; l'utérus fut lavé soigneusement avec une solution de sublimé et rempli de gaze. Le lendemain celle-ci fut enlevée, elle ne sentait pas mauvais. Cependant la température s'éleva de 0,6° et le pouls comptait encore plus de 100 pulsations. Pendant les 3 jours suivants la température monta même malgré les doses considérables d'antipyrétiques. Un certain nombre de douches intra-utérines furent administrées. A la consultation le 3 février la température fut trouvée entre 104° et 105° F le pouls à 110. Il n'y avait pas de sensibilité abdominale, ni de signes de péritonite. L'examen vaginal revela un léger épaissement du ligament large droit, rien de plus. Sécrétion vaginale inodore.

L'état général de la malade était excellent. Il fut décidé de la curetter le lendemain matin si la température ne tombait pas. Ceci fut fait, après quoi on bourra l'utérus de gaze.

Le 5, la température dépassant malgré tout 104° F. et le pouls étant fréquent, je pris la décision d'ouvrir, comme dernier moyen, l'abdomen, prêt à enlever la source d'infection. A l'incision, le péritoine tout entier fut trouvé fort congestionné ; il l'était surtout au-dessus du fond de l'utérus. La surface des intestins et des ligaments larges était congestionnée, des annexes furent trouvées normales en volume et en position et le gonflement senti du côté droit du bassin fut reconnu comme une cellulite puerpérale vraie. Il surgit maintenant la question : faut-il enlever l'utérus, qui est ou a été la source de l'infection ? ou bien vaut-il mieux fermer l'incision ? Je choisis la première alternative. L'utérus et les annexes furent enlevés complètement dans un temps relativement court. Il n'y eut presque pas de shock après l'opération cependant les symptômes septiques devinrent de plus en plus prononcés et deux jours après la malade mourut. L'autopsie montra qu'une pleurésie purulente s'était développée après l'opération.

OBSERVATION XII

Péritonite généralisée hystérectomie abdominale. Mort

R. BRAUN, *Centrobblatt für Gynäkologie*, 1897

in Thèse BONAMY, *résumée*.

Il s'agit d'un cas de péritonite septique observée chez une posturiente qui ne fut touchée ni avant ni pendant le travail.

L'accouchement était normal et seulement de fortes coliques utérines apparaissaient sous forme d'accès. Ce n'est que le 3^e jour que la fièvre s'installa accompagnée d'élévation du pouls ; mais il n'y avait ni météorisme, ni vomissements ni sécheresse de la langue.

Dans l'après-midi du 4^e jour exacerbation subite des douleurs, vomissement. Langue humide.

Le diagnostic de péritonite était certain. Laparotomie. Ablation de l'utérus, fermeture complète de la paroi. Pendant la laparotomie on trouva un exsudat séro-purulent dans la cavité abdominale. Mort 24 heures après.

Diagnostic anatomique : endométrite puerpérale diphtérique. Paramétrite fibrineuse, péritonite généralisée séro-fibrineuse, purulente.

OBSERVATION XIII

Péritonite post abortum. Colpotomie. Mort.

[In thèse RAYMOND.

M..., Philiberte, 35 ans, ménagère, entre d'urgence salle Denouvilliers le 20 septembre 1904. La malade était enceinte depuis un mois lorsqu'elle a voulu se faire avorter au moyen d'une injection intra-utérine faite avec une décoction de feuille d'absinthe, qui a été pratiquée le 19 septembre dans des circonstances ignorées de nous.

A la suite de cette injection, vives douleurs dans le bas-ventre, pertes rouges abondantes. La malade souffre bientôt dans tout le ventre.

A l'examen auquel je me livre, il m'est facile de constater que la malade est dans un état général très grave. Le pouls est petit et très rapide, la température est à 40 degrés. Le ventre est ballonné, pas très douloureux. La malade a des vomissements verdâtres.

Au toucher, je sens les culs-de-sac libres et souples. Au spéculum le col est ouvert admettant l'extrémité de l'index ; il en sort un liquide séro-purulent et fétide.

Le diagnostic de péritonite généralisée me paraissant hésitant, je me contente d'enfoncer dans la cavité utérine un drain métallique, et après avoir ordonné un traitement médical approprié : sérum, caféine, morphine et glace, la malade est reportée dans son lit.

Le lendemain matin, l'état général est grave encore, presque désespéré ; les yeux sont excavés, le teint est livide,

les vomissements sont incessants, le ventre n'est plus douloureux. Les culs-de-sac sont toujours souples.

M. Soullignoux voit la malade et fait le diagnostic de péritonite généralisée, et malgré l'absence de signes de collection du petit bassin, est d'avis qu'une colpotomie s'impose comme le moindre traumatisme à faire subir à la malade.

La colpotomie postérieure est pratiquée par M. Lapointe, auquel je sers d'aide. A notre grande surprise, il s'écoule une grande quantité de pus par l'incision, pus très fétide, et l'on draine rapidement.

Malheureusement l'état général de la malade est désespéré, et tous les soins qu'on lui donne ne lui procurent qu'une courte survie, car elle s'éteint progressivement et meurt la nuit suivante.

OBSERVATION XIV

Péritonite généralisée post abortum. — Colpotomie. — Guérison

In thèse RAYMOND

Mme P., 37 ans, multipare, accouchée en ville, à terme, d'un enfant vivant, le 28 mars 1912. Deux jours après, élévation de température à 39°5 le matin, 38°5 le soir; on fait une injection intra utérine.

Le lendemain, même température, même traitement,

Les jours suivants la fièvre persiste avec le même caractère d'exacerbation matutinale.

Il y a des phénomènes abdominaux : ballonnement du ventre, vomissements : les régions hypo-gastriques et les flancs sont douloureux à la pression, le pouls est fréquent.

La malade est amenée le 5 avril à la maison Dubois, dans le service de M. Guinard qui l'examine. La fièvre persiste, 38°9, le pouls est petit, fréquent. L'utérus est encore un peu gros et douloureux, le col est fermé, il n'y a ni écoulement, ni fétidité, probablement parce qu'on a fait des injections intra utérines au début.

Traitement : on met de la glace sur le ventre, on fait un litre de sérum.

Le 6, matin, la température est tombée à 37°8. les autres signes ont persisté, même traitement. Le soir, 39°1.

Le 7, température 39°6, l'état général est grave, le teint est plombé, les yeux excavés, on se décide à faire une colpoturice postérieure ; il sort de l'abdomen un demi-litre de bouillon sale, fétide, gros drain, glace, un litre de sérum ; le soir 39°3.

Le 8, au matin, 40°3, néanmoins l'état général est meilleur, le facies plus reposé, on fait néanmoins un litre de sérum, le soir 38°5 ; il s'est écoulé du liquide par le drain.

Le 9, 36°9, 37°9, le mieux s'accroît, cependant le pouls est encore rapide. Un litre de sérum.

Le 10, 37°, 37°5. Toujours même état ; sérum, 500 gr.

Les jours suivants, la guérison se poursuit régulièrement, le drain est enlevé le 20 ; au bout d'un mois la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie.

OBSERVATION XV

Péritonite généralisée. — Colpotomie. — Mort rapide

In thèse RAYMOND

Marthe J., 33 ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Delessert, le 17 août, pour de violentes douleurs abdominales et des vomissements. Ces douleurs, très vives au début, atténuées plus tard, débutèrent trois jours avant (cinq jours auparavant fausse couche provoquée), et s'accompagnèrent de vomissements rapidement porracés. La constipation, depuis le début des accidents était opiniâtre.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade présente un facies nettement abdominal, avec nez effilé, yeux cernés, teint défilé, le ventre est contracté, très dur et douloureux à la pression. Il reste d'ailleurs immobile, ne subissant pas l'impulsion respiratoire normale. Dyspnée, extrémités froides,

température 41 degrés, pouls irrégulier et inégal, bat à 140 pulsations à la minute. Toucher vaginal montrant le col entr'ouvert et mou; les culs de sac sont libres. Néanmoins, devant les signes péritoneaux indéniables, on se décide à faire le minimum opératoire, c'est-à dire la colpotomie. A l'ouverture du cul de sac de Douglas, il s'échappe environ 2 litres de pus horriblement fétide. On met trois drains, pas de lavage. Suites opératoires. Dans la journée, l'état général reste toujours précaire, on essaye de remonter la malade par de l'huile camphrée, du sérum, elle meurt à 10 heures du soir.

L'autopsie ne put être faite.

De cette observation, nous déduisons deux faits : d'abord l'absence de tumeur dans les culs de sac, ensuite le moment de l'intervention qui fut évidemment trop tardif, cinq jours après le début des accidents : la malade est morte malgré la colpotomie et non à cause de la colpotomie, tout autre traitement aurait eu le même insuccès.

OZSERAATION XVI

Infection puerpérale. — Colpotomie tardive. — Mort

In thèse RAYMOND

Dans les premiers jours d'avril 1903, entre salle Elisa Ray, hôpital Lariboisière, une jeune femme atteinte d'infection post abortum (fausse couche de trois mois environ). Son état général est mauvais, et de l'utérus s'écoule du pus fétide. La malade est curettée et une légère amélioration s'ensuit. Quelques jours après, nouvelle aggravation qui va en augmentant par la suite. Mais l'utérus étant drainé, on se contente de soutenir la malade par des moyens médicaux et de nettoyer la cavité utérine par des injections intra utérines.

La malade ne présente aucun symptôme de collection purulente abdominale ou pelvienne; le 25 avril elle est complètement épuisée et la mort paraît prochaine.

Je suis amené par hasard à la voir et, en apôtre fervent de ma propre doctrine, je conseille à mon collègue Okynezie, interne de la salle, de lui faire une colpotomie postérieure. Après quelques instants de résistance, basée sur l'intégrité clinique du péritoine, il y consent enfin ; grande est sa surprise en voyant s'écouler près d'un litre et demi de pus épais et fétide, dont tout le monde avait méconnu l'existence jusque là.

Malheureusement cette intervention, tentée si tard, n'empêcha pas la mori de la malade quelques jours après. Mais on peut croire qu'une incision précoce du cul de sac postérieur eût sauvé la malade.

DE L'ETHER DANS LE PÉRITOINE

Première Série d'Expériences

Expériences par M. SANTY, Interne, Prosecteur à la Faculté

a) L'abdomen est ouvert par laparotomie, la dose d'éther versée dans le péritoine et la paroi refermée aussi vite que possible.

Lapin 1 : poids, 1.850 gr. — On verse sous anesthésie, dans le péritoine, 13 grammes d'éther, c'est à-dire la dose correspondante à celle utilisée chez l'homme (500 gr. chez un homme de 70 kilos). L'éther pénètre difficilement, la plus grande partie s'évapore. Cependant, après la fermeture de l'abdomen, il existe un météorisme manifeste et bien qu'on ait arrêté l'inhalation anesthésique immédiatement après l'ouverture du ventre, le lapin tombe dans le coma, se cyanose (muqueuse buccale) et meurt dix minutes après l'opération.

Autopsie faite immédiatement après la mort. Dans l'abdomen aussitôt réouvert plus de traces des 13 grammes d'éther versés par la laparotomie, les anses intestinales ne sont pas congestionnées.

b) *Lapin II* : poids 1.800 gr. — On laparotomise sans anesthésier et par l'orifice créé on fait passer le bord d'un entonnoir flambé. La paroi est recousue est serrée autour du bout de l'entonnoir. On verse 8 centil.³ d'éther. Vive réaction de défense de l'animal durant quelques secondes, puis aussitôt coma, polypomie très vive, cyanose des muqueuses, archolaison très nette de l'éther par les voies respiratoires.

L'ondinole reste ainsi anesthésie pendant une heure trois quarts. Le météorisme abdominal très intense au début s'est progressivement affaîssé.

Le lendemain l'animal est en très bon état. On fait une nouvelle laparatomie au même niveau. Le péritoine contient une assez grande quantité de sérosité qu'on prélève. Nouvelle dose de 8 c.³ d'éther est imputée. La narcose absolue est obtenue en deux minutes après quelques secondes d'excitation. L'animal reste dans le coma une heure et demi. Mort le lendemain.

Autopsie. Sérosité péritonéale abondante, claire et liquide. Pas de congestion des anses. On prélève l'épiploon qu'on étale et qu'on imprègne à l'Azo³ Ag.

Deuxième Série d'Expériences

Lapin III : Poids, 1600 gr. — Injection de 1 centi cube 1/2 d'éther à la seringue. Vive agitation quelques secondes, puis dyspuée légère et sommeil profond accompagné de cyanose légère des muqueuses et d'exhalaison respiratoire d'éther.

Le coma se prolonge une heure, puis l'animal est ensuite somnolent plusieurs heures. La même expérience a raison de 1 cc³ par kilogr., est répétée chez deux autres lapins toujours avec les mêmes résultats.

Chien I : poids 7 kilos. — Première injection intrapéritoniale de 7 cc³ d'éther. Vive excitation pendant 3 minutes, puis tor-

peur durant 15 secondes environ, accompagnée de solivation très intense.

Deuxième injection une demi-heure après la première. Les résultats sont identiques, L'éther provoque une torpeur qui permet de manipuler l'animal mais ne s'accompagne pas d'anesthésie.

Ce chien est mort le lendemain, d'hémorragie due à une blessure minuscule du bord inférieur du foie causée par l'aiguille au moment de l'injection.

Troisième Série d'Expériences

Une seule expérience, très complète, pour avoir une signification.

Lapin IV : 1.160 gr.

7 Juillet. — On injecte dans le péritoine 2cc³ de culture de bouillon de 24 heures de cobbouille. Le lendemain. le lapin ne présentait aucun accident, on lui injecte 1cc³ d'éther.

Anesthésie cunediote, coma pendant plus d'une heure.

9 Juillet. — On trouve le lapin mort, dix heures après l'injection d'éther. Le péritoine renferme du liquide louche en petite quantité. L'épiploon est rataliné autour d'un paquet de fausses membranes.

Le lapin III qui avait reçu la dose d'éther en même temps, n'a présenté aucun accident autre que l'anesthésie profonde signalée.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DU PÉRITOINE APRÈS ACTION DE L'ÉTHÉR

a) Sur trois lapins normaux on a imprégné au nitrate d'argent la surface de l'épiploon et du mésentère étolés, alors que cette imprégnation réussissait facilement si ces deux organes n'avaient subi aucun traitement préalable, le seul fait de les arroser d'éther avant l'imprégnation empêchait celle-ci de

réussir, et les préparations faites de la sorte montraient que les limites cellulaires de l'endothélium péritonéal n'étaient absolument pas visibles malgré l'action du nitrate, seul l'endothélium des capillaires était parfaitement imprégné.

b) Le lapin II, de la première série d'expériences, nous a permis de constater, sur des préparations d'épiploon et de mésentère étalés et colorés à l'hématéine eosine que leurs noyaux étaient très nettement visibles, que la seule modification apparente était la présence d'un certain nombre de polynuléaires le long des capillaires.

c) L'examen de la sérosité péritoniale prélevée 24 heures après l'action de l'éther sur le péritoine, révélait uniquement la présence d'un grand nombre de polymuléaires qui fait à peu près normalement défaut dans la sérosité normale.

Les quelques points qui paraissent résulter de ces expériences trop rapides et incomplètes encore et qui demandent à être poursuivies sont que :

1° L'éther versé dans le péritoine est absorbé par l'organisme avec une grande rapidité. Les propriétés anesthésiques apparaissent alors avec une grande puissance. Il semble donc que si le lavage des anses intestinales à l'éther, sans laisser ce liquide séjourner dans la cavité abdominale soit sans danger, il n'en est pas de même dans les cas où une assez grande quantité de ce liquide est versée dans le péritoine que l'on suture ensuite.

2° Des quelques examens histologiques que nous avons pu faire, il semble résulter que l'éther modifie fortement la surface de l'endothélium dont elle empêche l'imprégnation, il s'agit sans doute d'une simple desquamation de la plaque endothéliale des cellules dont les noyaux restent facilement colorables.

Ces quelques conclusions permettent de penser que l'action de l'éther sur le péritoine n'est pas aussi anodine qu'on voudrait le croire d'après les cas publiés.

CONCLUSIONS

- I. — Les péritonites puerpérales sont la plupart du temps à streptocoques, généralisées d'emblée à toute la séreuse péritonéale, de ce fait presque toujours mortelles.
- II. — Jamais, où exceptionnellement avec les moyens dont on dispose actuellement en chirurgie, pour traiter les péritonites, on a vu des péritonites généralisées guérir.
- III. — Les péritonites puerpérales qui guérissent chirurgicalement, sont des péritonites non généralisées, en imposant pour des péritonites généralisées, mais n'étant en réalité que des péritonites enkystées, ou en voie de diffusion.
- IV. — Toute péritonite puerpérale doit être traitée chirurgicalement, au plus tôt, puisque c'est la seule chance de salut pour la malade, et que cliniquement on ne peut affirmer de façon certaine si elle est généralisée, localisée ou en voie de diffusion.
- V. — Le traitement chirurgical sera réduit au minimum. Toutefois nous rejetons :
 - a) La colpotomie simple : citto, tutto, jucunde a t'on dit d'elle, mais elle ne draine pas, ne montre pas quelles sont les lésions utérines.

- b) L'Hystérectomie vaginale : Rapide peu choquante, elle ne montre pas les lésions utérines qui la justifieraient.
- c) L'Hystérectomie abdominale, d'emblée, parce que grave et aussi à cause des embolies.

Nous préconisons :

- a) La laparotomie et le drainage abdomino-vaginal comme opération de choix.
- b) L'Hystérectomie, n'est indiquée que s'il y a des perforations utérines, si l'utérus est est réduit à l'état d'éponge purulente, atteint de gangrène, s'il est rupturé.

VI. — On ne doit rien mettre dans le péritoine pour activer sa dépense. Dans les cas désespérés cependant où tout doit être tenté, on pourra essayer le lavage à l'éther.

VII. — Le traitement post opératoire sera celui de toute péritonite : Sérum intramusculaire ou intrarectal. ergotine, spartéïne, huile camphrée en injection, position de Fowler.

Vu :

Le Président de la Thèse,
M. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,
HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 9 Décembre 1913.

Pour le Recteur et par délégation :
Le Vice président du Conseil de l'Université
L. JOSSERAND

BIBLIOGRAPHIE

- ADDE. — De l'hysterectomie vaginale dans les infections abortives. Th. de Lyon 1911.
- ARNAUD. — Traitement des péritonites diffuses aiguës. Th. de Lyon 1912.
- BENOIST. — Contribution à l'étude de l'hysterectomie dans l'infection puerperale avec lésions utérines prédominantes. Th. de Paris 1901.
- BESNIER. — Péritonite purulente. Union médicale 1887.
- BOUILLY. — Traitement chirurgical de la péritonite. Cong. Franc. Chirurgie 1889.
- BONAMY. — De l'hysterectomie dans l'infection puerpérale aiguë. Th. de Paris 1899.
- BOLDT. — Indic for hysterectom yabd section and drainage puerperal infection. Americ Journ of obst 1901.
- Traitement chirurgical de l'infection puerperale. Americ Journ of obst 1903.
- De l'hysterectomie dans la péritonite purulente diffuse post abortive.
- BRINDEAU et LEQUEUX. — Péritonite puerperale, Laparatomie. Soc. d'obst. Paris 1903.
- BRINDEAU et BAR. — La pratique de l'art des accouchements.
- BOQUEL. — Note sur la laparatomie et le drainage dans le traitement de l'infection puerpérale.

- BUMM. — Intervention chirurgicale dans l'infection puerpérale. Société med. de Halle 1901.
- BRINDEAU. — Pyosalpinx et grossesse, rupture, péritonite. Quinz thérapeutique 1908.
- BUÉ. — Médecin praticien 1909.
- CRISTEANU. — Hysterectomie et infection puerperale. Rev. de gyn. 1904.
- CARDOT. — De la Colpotomie dans le traitement des péritonites généralisées d'origine puerpérale.
- COSTA. — Insufflation abdominale d'O dans le traitement des péritonites diffuses. Annales d'obstétrique 1905.
- CHAZARAIN. — Indication et valeur de la colpotomie dans les collections abdomino-pélviennes. Th. Paris 1908.
- DUPAQUIER. — Contribution à l'étude du traitement de la péritonite par la laparatomie. Th. Paris 1885.
- DELBET. — Recherches expérimentales sur le lavage du péritoine. Ann. de gyn. 1889.
- DUFFAU-LARGOSSE. — De l'intervention chirurgicale dans les péritonites diffuses. Th. Bordeaux 1873.
- DOLÉRIS. — Traitement intégral de l'infection puerpérale. Soc. d'obst. gyn., ped. 1905.
- DEVÈZE. — Perforation de l'utérus puerpéral pelvi-péritonite guérison, colpotomie. Montpellier médical 1907.
- ELOY. — Contribution à l'étude du traitement des péritonites purulentes généralisées. Th. Lille 1909.
- ERLACH. — Wiene Klin. Wochensch. 1898.
- EVONS. — Surgical. trait. of peritonitis. New York medical Record 1890.
- FIEUX. — Péritonite aiguë consécutive à des manœuvres abortives. Rev. pratique obst. et pédiatrie 1906.
- GONSOLIN. — Péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx. Th. Lyon 1908.
- HERVIEUX. — Maladies puerpérales.

- HEWENSCHMIDT — Contribution à l'étude de la streptococcie péritonéale par apport vasculaire. Th. Paris 1900.
- JABOULAY. — Société de chirurgie de Lyon Mai-Juin 1901
- Du drainage de l'estomac dans les péritonites aiguës Lyon méd. 1905.
- De l'iodage du péritoine. Lyon méd. 1909, p. 1076.
- JACQUEMIER. — Manuel d'accouchement.
- JOUSSE ROBERT. — Défense du péritoine. Th. Montpellier 1912.
- JEANNIN. — Traitement des péritonites puerpérales généralisées. Obstétrique 1906,
- KAISER. — Deutsches archiv für Klin med 187
- KORTE. — Minch med. Wochensch. 1897.
- KOWNATZKI. — Zur Behandlung der freie puerperalen Péritonitis mit Laparatomie und drainage. Berlin. Klin. Wochen 1905.
- KOBLANCK. — Soc. d'obst. et de chirurgie. Berlin 1910.
- In deutsch mediz Wochensch 1910.
- LAMOUROUX. — Péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx. Th. Paris 1911.
- DE LAPLAGNE. — Péritonite puerpérale. Gaz. des Hopitaux 1831.
- LECÈNE. — Congrès de chirurgie 1911.
- LEJARS. — Congrès de Bruxelles 1905.
- LEPAGE, — Note sur le traitement de la péritonite puerpérale. Soc. d'obst. et de gyn. 1905.
- LEOPOLD. — Zur operativen behandlung der puerperalen péritonitis. Archiv. für Gynak 1906.
- In revu gynecologie.
- LOWSON-TAIT. — Seconde série de 1000 laparatomies Bull. med. 1888.
- MARY. — De la rupture du pyosalpinx d'après l'accouchement. 1908.

- MARTINEAU. — Traité des affections de l'utérus.
- MASURE — De la péritonite puerpérale généralisée. Th. Paris 1907.
- MACLAIRE. — Trois cas de perforation grave de l'utérus. Ann. de gyn. et d'obst. 1903.
- Rapport sur l'observation de Sourdille. Soc. d'obst. et de gyn. 1905.
- Péritonite puerperale traitée par la laparatomie et la colpotomie. Soc. d'obst. et gyn. 1905.
- MOSIMAN. — Contribution à l'étude du traitement de la péritonite aiguë. Th. Paris 1881.
- MIQUEL. — Perforation grave de l'utérus par le curetage. Th. Paris 1901.
- MORLET. — Des perf. de l'utérus puerp. post partum et post abortum. Th. Paris 1904.
- MEENIR. — Indication d'une incision de décharge dans les péritonites aiguës diffuses. Th. Paris 1911.
- MORESTIN. — Ether dans le péritoine. Soc. chirurgie Paris février 1913
- MOUCHOTTE. — Document pouvant servir à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post abortum Th. Paris 1903
- NETTER. — De l'application de la pratique des ovariectomies à la péritonite puerpérale. Rev. med. Est 1873
- NOBLE. — Coeliotomie for puerperal peritonitis. Amer. gyn. and obst. 1895
- PATEL. — De l'éther dans le péritoine Lyon med. 1912
- PETERSON. — Journal of american med association 1895
- PETIT. — De l'emploi du sérum de cheval chauffé contre les infections en chirurgie abdominale, rev. gyn. 1904
- PHILIPPE. — Péritonite accompagnant la grossesse et l'accouchement.
- PICHERU. — De l'hystérectomie pour infection puerpérale, Sem. gyn. 1901.

PICQUÉ ; Desindication de l'hystérectomie abdominale dans le traitement des infections puerpérales. Société de Paris, 1902.

PLAUCHU. — Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris

RAYMOND. — Colpotomie dans le traitement de l'infection puerpérale. (th. de Paris, 1908.

REBREYEND. — Plaie perforante de l'utérus. Th. Paris. 1900

REY. — Péritonite diffuse consécutive à un avortement
Laparatomie guérison.

SIREDEY. — Revue de Gynecologie 1908.

SÉNÉCHAL. — Étude clinique des tumeurs inflammatoires pelvi-péritonique. Th. Paris 1909.

SIMON. — Du traitement rationnel et précoce de l'infection puerpérale. th. Paris. 1909.

SOUVILLE. — Revue de gynecologie 1903.

SIPPEL. — Centralblatt für Gynaik 1896.

TARNIER. -- Leçons sur l'asepsie et l'antisepsie en obstétrique 1894.

TEICHELMAN. -- Péritonite puerpérale. Rupture d'un vieux pyosalpinx Laparatomie, guérison London 1891.

TUFFIER et BONAMY. -- Voir Bonamy.

TROTTA. -- Della Istérectomia nel partu e nel puerpério, Th. Naples 1902.

TRUC. -- Traitement chirurgical de la péritonite, th. d'agrégation, 1886.

VINCENT. -- Société nat. médecine de Lyon, th. d'ag. 1896.

WILISCH. -- Ueber die chirurgische Behandlung der puerperalem der postoperativen und der gonorrheischen Péritonitis, Liepzig, 1901.

VIGNARD. -- Recherche sur le meilleur mode de drainage, Bulletin médical 1902.

WIDAL. -- Thèse doctorat 1891.
